Nr. 32. 11. sierpnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Stan. DŁUŻEWSKI. Warszawa.

Wartość próby redukcyjnej do określenia liczby bakteryj w mleku.

Z pracowni bakterjologicznej Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy
Kierownik: Dr. A. Ławrynowicz.

W szeregu metod, stosowanych do określania bakteryj w mleku, próbowano wykorzystać redukujące własności drobnoustrojów, wychodząc z założenia, że szybkość redukcji idzie równolegle z liczbą bakteryj w danem środowisku. Podejmując tę próbę, miałem na widoku praktyczne zastosowanie jej w życiu codziennem; w wypadku otrzymania wyników dodatnich, dzięki swej łatwości i szybkości w wykonaniu, mogłaby ta metoda zastąpić zwykle stosowane, trudniejsze w wykonaniu i wymagające złożonej aparatury, posiewy.

Proces redukcji (odtlenienia) polega na tem, że pod wpływem enzymów bakteryjnego lub innego pochodzenia barwniki, tracąc tlen a przyłączające wodór, tworzą bezbarwne ciała t. zw. leukozasady. Własności redukcyjne posiadają prawie wszystkie drobnoustroje w większym lub mniejszym stopniu. W celu wykazania tego zjawiska hodujemy drobnoustroje na pożywkach z dodatkiem barwnych substancyj łatwo odtleniających się naprzykład lakmusu, błękitu metylenowego, czerwieni obojętnej i t. p.

Procesy redukcji w przyrodzie występują często — należą do nich t. zw. denitryfikacja t. j. redukcja azotanów do azotynów, powstawanie siarkowodoru i odtlenianie związków arsenowych. Do celów techniki laboratoryjnej wykorzystane zostały procesy redukujące — n. p. sole kwasu selenawego i tellurawego (podług Pergola) w celu odróżnienia las. błonicy od innych nie redukujących drobnoustrojów.

Pierwsi stwierdzili zjawiska redukcji w mleku surowem Vandin i Blyth. Scharding er zauważył. że mleko zabarwione błękitem metylenowym odbarwia się po pewnym czasie, co przypisywał drobnoustrojom.

Tegoż zdania byli Seligmann i Sommerfeld. Randnitz objaśnia odbarwienia w mleku obecnością redaktazy, t. i. enzymu o własnościach redukujących.

Większość jednak autorów, jak Grimmer, Jensen i inni zaprzeczają istnieniu reduktazy jako fermentu, działalność tę przypisując wyłącznie bakterjom.

To samo można powiedzieć o innych właściwościach redukcyjnych mleka o zmianie siarki na siarkowodór pod wpływem „Hydrogenazy“ i „Aldehydkatalazy“.

Według Heffera te ostatnie objawy redukcji zależne są od bakterji. Pozatem część badaczy wiąże zjawiska redukcji mleka nie z liczbą obecnych drobnoustrojów, lecz z ich zjadliwością (Orla-Jensen, Gurwitsch). Gurwitsch stwierdził, że zjadliwe i niezjadliwe szczepy *Bac. mallei* redukują błękit metylenowy, dodany do podłoża w dużych i małych stężeniach w różnym stopniu. Własności redukujące mleko nie mogą jednak służyć do oceny, jaki gatunek bakteryj w danem mleku przeważa i czy znajdują się w niem chorobotwórcze (Wichern). Stwierdzono jednakże, że wybitna próba redukcyjna w obliczeniu na małą ilość mleka (0,01—1,0) w próbie Smidt'a lub na szybkość występowania w próbach Müllera i Gerbera często się zdarza w mleku zanieczyszczonem.

Pierwszy zastosował oznaczenie reduktazy w mleku Duclaux (1887 r.) przez odbarwianie mleka z indygokarminem. Neisser i Wechsberg zastąpili ten barwik błękitem metylenowym.

Przed przystąpieniem do pracy musiałem wyjaśnić jakie barwiki nadają się do spostrzegania procesów redukcji. W tym celu wypróbowałem wrażliwość na odtlenianie 4 barwików: lakmusu, czerwieni obojętnej, indygokarminu i błękitu metylenowego. Okazało się ,że najczulszemi barwikami na odtlenianie są indygokarmin i błękit metylenowy, z któremi wykonałem próby redukcyjne. Metodę stosowałem następującą: z każdą próbą mleka wykonywałem 16 doświadczeń, przyczem z jedną połową mleka obserwacje przeprowadzałem w temp. 37° w cieplarce, a z drugą połową — w temp. pokojowej (10—15°). Stężenie stosowanych barwników było różne w obu temperaturach, gdyż doświadczenie wykazało, że redukcja w wyższej temperaturze jest szybsza, dlatego też mniejsze stężenia stosowałem w temperaturze pokojowej, a większe stężenia w temperaturze wyższej (tabl. 1).

Tablica 1.

	Cieplarka 37°	Temp. pok. (10°-15°)
Indygokarmin	2% wodny roztw.	1% wodny roztw.
Błękit metylenowy	1% „ „	1/2% „ „

Do mleka dodawałem barwników w dawkach wzrastających (0,1—0,2—0,3—0,4), jak w jednej, tak i w drugiej temperaturze. Oznaczałem czas rozpoczęcia doświadczenia, a następnie co pół godziny notowałem zmiany, zachodzące w mleku przy obu temperaturach. Stopień redukcji oznaczałem plusami:

Całkowita redukcja — ++++
Niecałkowita — +++ i ++
Początek redukcji — +

Jednocześnie zwykłą metodą (posiew na agarze) określałem liczbę bakterji w 1 cm³ mleka. W taki więc sposób określałem zdolność redukcyjną mleka w 100 próbach. Z każdem mlekiem wykonałem 16 doświadczeń, czyli ogółem 1,600 prób. Z tej liczby redukcja wystąpiła 505 razy w temperaturze 37° cieplarki i 555 razy w temperaturze pokojowej, czyli razem mamy 1,060 obserwacyj. Pozostała część (540 obserwacyj) przypada na próby niecałkowite.

Zależność między intensywnością redukcji, a liczbą drobnoustrojów przedstawia tablica, w której podane są wahania liczby bakteryj w 1 cm³ mleka, dające całkowitą redukcję barwnika w rozmaitych odstępach czasu (tabl. 2).

Tablica 2.

Czas	Temper. 37° (cieplarka)		Temper. pokoju (10°-15°)	
	Indygo-karmin	Błękit metyl.	Indygo-karmin	Błękit metyl.
	Ilość bakteryj w miljonach		Ilość bakteryj w miljonach	
½ godz.	—	3	—	3—7
1 „	3—16	3—29	2½—3	2½—23
1½ „	3½—22	3½—23	2½—8	3½—18
2 „	2½—25	2½—23	4—16	3½—29
2½ „	3—22	2—25	3½—22	3—25
3 „	2—29	2—29	3—25	3—23
3½ „	2—26	3—25	4—11	2½—25
4 „	2—29	4—26	4½—29	2—29
4½ „	4—20½	4½—23	7—23	4½—22
5 „	2½—29	3½—14	3—26	25

Z tablicy wynika, że jednakowy efekt odbarwiania (w tym samym czasie) dają próby mleka o bardzo daleko odbiegającej zawartości bakteryj w 1 cm³, wynik ten wypada jednakowo z obu barwnikami, badanemi w cieplarce i temperaturze pokojowej. Z całości danych przedstawionych na tablicy wynika, że żadnej stałej równoległości między intensywnością redukcji w mleku a zawartością bakteryj w 1 cm³ niema.

Szereg autorów, wychodząc z założenia, że intensywność odbarwiania (redukcji) odpowiada na ogół liczbie bakteryj w mleku, próbował ułożyć schematy dla pracy.

Tak Barthel i Orla-Jensen na podstawie swych spostrzeżeń dzielą mleko na 4 grupy:

Do grupy I: Barwnik utrzymuje się 5 i pół godz. lub dłużej — mleko zawiera mniej niż pół milj. bakteryj w 1 cm³.

Dd grupy II: Barwnik utrzymuje się najmniej 2 godziny, lecz nie dłużej niż 5 i pół godz. — mleko zawiera pół do 4 milj. bakteryj w 1 cm³.

Do grupy III: Barwnik niezmieniony utrzymuje się dłużej niż 20 min., ale mniej niż 2 godz. — mleko zawiera 4—20 milj. bakteryj w 1 cm³.

Do grupy IV: Barwnik utrzymuje się najwyżej 20' — mleko zawiera przeszło 20 milj. bakteryj w 1 cm³.

Angelici podaje, że 5—25 milj. bakteryj odbarwia błękit metylenowy w przeciągu 15—20', a więc 3—7 milj. bakteryj odbarwia w przeciągu 1—2 godz.

Widzimy więc rozbieżność pomiędzy danemi przytoczonych autorów a mojemi. Gdy u Barthel'a i Jensen'a redukcji barwnika w 5 i pół godz. odpowiada pół milj. bakteryj w mleku badanem, u mnie przy tym samym wyniku doświadczenia liczba bakteryj waha się przy 37° w granicach od 2—29 milj. dla indygokarminu i 3 i pół do 14 milj. dla błękitu metylenowego, a przy temperaturze pokojowej od 3—26 milj. dla indygokarminu i do 25 milj. dla błękitu metylenowego.

Rozbieżność mamy również porównując dane Angelici'ego i moje.

Z tablicy 3, porównując stopień odbarwienia jednego i tego samego barwnika w różnych temperaturach, wynika, że wyższa temperatura wywiera wpływ i na szybkość redukcji — ilość obserwowanych odbarwień zwiększa się.

Ttablica 3

Stopień redukcji	Indygokarmin Temp. 37°	Indygokarmin Temp. 10°—15°	Błękit metyl. Temp. 37°	Błękit metyl. Temp. 10°—15°
+ + + +	127	62	92	85
+ + +	45	49	21	54
+ +	49	70	50	37
+	76	112	78	86

Rodzaj barwnika wpływa na szybkość redukcji. Indygokarmin szybciej ulega redukcji w temperaturze 37°, a wolniej w temperaturze 10—15°. Odwrotnie rzecz się ma z błękitem metylenowym, który szybciej redukuje w temperaturze 10—15°, a wolniej w temperaturze 37° (tabl. 3).

Tablica 4.

Stopień	Indygokarmin				Dawka	Błękit metylenowy			
	Temperatura 37° (cieplarka)								
	0,1	0,2	0,3	0,4		0,1	0,2	0 3	0,4
+ + + +	47	36	25	19		48	24	15	5
+ + +	10	11	11	13		5	8	2	6
+ +	13	15	15	6		28	10	11	1
+	22	19	15	20		21	32	17	8

Mniejsze dawki barwnika szybciej ulegają redukcji niż większe. Dawka 0,1 rozpuszczonego barwnika na 5 cm³ mleka okazała się najodpowiedniejszą, gdyż z nią otrzymałem największą ilość całkowitych odbarwień. Przy stosowaniu dawek stopniowo wzrastających (0,2—0,3—0,4) — ilość otrzymanych redukcyj stopniowo obniża się (tabl. 4 i 5).

Tablica 5.

Stopień	Indygokarmin				Dawka	Błękit metylenowy			
	Temperatura 10°—15°								
	0,1	0,2	0,3	0,4		0,1	0,2	0,3	0,4
+ + + +	26	20	11	5		34	22	20	9
+ + +	28	9	5	7		33	7	6	8
+ +	25	24	16	5		18	15	2	2
+	16	31	39	26		14	37	22	13

Spostrzeżenia przedstawione przeczą jakiejkolwiekbądź równoległości intensywności redukcji w mleku i liczbie bakteryj w 1 cm³. Jest to zresztą wynik, którego z góry można było się spodziewać.

Mleko posiada zwykle tak liczną i tak rozmaitą pod względem własności biochemicznych mikroflorę, że ryczałtowy wynik jej działania, jaki mamy w procesie redukcji, nie może być odpowiednikiem liczby bakteryj w 1 cm³. Wyjaśnienie istotnej roli i wartości praktycznej procesu redukcji w mleku będzie wymagało dalszych badań zdolności redukcyjnej poszczególnych grup bakteryj mleka w hodowlach czystych i w mieszance z innemi grupami.

Wniosek: *Intensywność redukcji barwników w mleku nie jest odpowiednikiem liczby bakteryj w 1 cm³. Próba redukcyjna nie może być zastosowana do ilościowego określenia zanieczyszczenia bakteryjnego mleka.*

Piśmiennictwo:

Smidt: Hygien. Rundschau, 1904. — Neisser-Wechsberg: Münch. Med. Wochenschr. 1900. — Buttenberg: Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungsmittel, t. XI, 1906. — p. Th. Müller: Arch. f. Hygien, 1906, t. 56. — Barthel: Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungsm. 1908, t. 15. — O. Jensen: Centralbl. f. Bakteriol. 1907, II. t. 18. — Heffer: Hofmeisters Beitr. 1904, t. 5. — Seligmann: Zeitschr. f. Hygien. 1905, t. 52. — Angelici: La clinica veter., 1911 (według Serkowskiego). — Spina: Centralbl. f. Bakteriol., 1887, t. 2. — Serkowski: Mleko i mleczarstwo, Warszawa, 1917. — Sommerfeld: Handbuch der Milchkunde, München, 1926.

A. CHWALIBOGOWSKI, Lwów.
H. SCHUSTERÓWNA.

O splenohepatomegalji Niemann - Picka.

Z Kliniki Pedjatrycznej (Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer) i z Zakł. Anat. Patolog. U. J. K. (Dyr.: Prof. Dr. W. Nowicki).

W 1914 r. opisał Niemann przypadek splenohepatomegalji u dziecka 17-miesięcznego, który w obrazie klinicznym i w pośmiertnem badaniu anatomo-histologicznem przedstawiał szereg nieznanych do tej pory osobliwości.

W obrazie klinicznym zwracały uwagę żółto-brunatne zabarwienie skóry twarzy i rąk, oraz olbrzymie powiększenie śledziony i wątroby, datujące się, jak na to wywiady wskazywały, od połowy 3-go miesiąca życia. W obrazie sekcyjnym zaś bardzo znacznych rozmiarów śledziona o średnio-twardej spoistości wykazywała żółtą plamistą powierzchnię, a na przekroju żółtawe ogniska wielkości ziarna soczewicy, zlewające się częściowo we większe skupienia, poprzedzielane wąskiemi pasmami prawidłowej tkanki śledzionowej — tak, że powierzchnia przekroju, oglądana z odległości przedstawiała niemal jednolite żółtawe zabarwienie. Do podobnie olbrzymich rozmiarów powiększona wątroba przedstawiała barwę i rysunek zwyrodnienia tłuszczowego, występującego w zatruciu fosforowem. Żółte, podobne do barwy tłuszczu zabarwienie wykazywały ponadto gruczoły chłonne brzucha, nerki i nadnercza.

Przedewszystkiem ciekawym był jednak wynik badania histologicznego. W śledzionie o zupełnie zatartej budowie można było stwierdzić jedynie pozostałości normalnego utkania. Pole widzenia wypełniały charakterystyczne wielkie komórki o średnicy 30—50 μ o obrysach krągłych, owalnych lub wielokątnych, z 1 lub 2, rzadko tylko z 3 lub większą ilością małych krągłych jąder, o jasnem, wodniczkowem pierwoszczu, barwiącem się kwaśnemi barwikami, dzięki czemu odróżnić je można było łatwo od zasadochłonnych zwykłych komórek miazgi śledzieniowej. Komórki te dawały odczyny barwne, właściwe tłuszczom i ciałom tłuszczowatym. W równie znacznej ilości stwierdzić je można było we wątrobie, w której układały się one bardziej regularnie w rodzaju pasm, odpowiadających beleczkom wątrobowym. Te same charakterystyczne komórki znajdowały się w gruczołach chłonnych jamy brzusznej. Komórki nerek i nadnerczy wykazywały nieznaczne zwyrodnienie tłuszczowe, w nadnerczach stwierdzić można było ponadto komórki, podobne do opisanych komórek śledziony, wątroby i gruczołów.

Zastanawiając się nad charakterem i pochodzeniem powyższych komórek stwierdził Niemann, że podobne zmiany histologiczne, także w łączności z opisanym obrazem klinicznym — nie były znane do tego czasu w piśmiennictwie pedjatrycznem. Uważał on je za najbardziej zbliżone do opisanej po raz pierwszy w r. 1882 splenomegalji typu Gaucher. Choroba ta, zdaniem autora, różni się wprawdzie pod pewnemi względami od jego przypadku, znana jest mianowicie wyłącznie u ludzi dorosłych, przebiega przewlekle i występuje prawie zawsze rodzinnie, wykazuje jednak podobne brunatne zabarwienie skóry, daje, obok guza śledziony, także powiększenie wątroby i cechuje się brakiem zmian we krwi, stwierdzonym przez Niemanna również w jego przypadku. Makroskopowy obraz śledziony w chorobie Gaucher'a zgadza się naogół z obrazem śledziony w przypadku autora, jeszcze większe zaś podobieństwo wykazuje obraz histologiczny tak, iż przyjął on, że w obu schorzeniach chodzi najprawdopodobniej o identyczne komórki.

W dalszym ciągu swej pracy za Bovaird'em, który chorobę Gaucher'a uważa za schorzenie systemowe układu siateczkowo-śródbłonkowego, takiego samego tła dopatrywał się w swoim przypadku i uważał, że charakterystyczne komórki są tubylczemi komórkami danego narządu, które pod wpływem nie-

znanej przyczyny ulegają opisanej przemianie. Wspomina on także o wielokomórkowym przeroście śledziony lipemicznej djabetyków, opisanej w r. 1912 przez Schultzego, w której stwierdzono komórki, według opisu i rycin, wykazujące również podobieństwo do komórek Niemanna. W ostateczności przyznając jedność histologiczną z dwiema powyższemi chorobami i dopatrując się wspólnego tła, na podstawie obrazu klinicznego wieku chorego oraz szybkiego i wyniszczającego przebiegu choroby, oświadczył się za odrębnością swojego przypadku.

Piśmiennictwo następnych lat przyniosło 7 dalszych identycznych opisów klinicznych. Dokładne obserwacje kliniczne i ścisłe, krytyczne badania anatomo-histologiczne ustaliły odrębność powyższej choroby i skłoniły Picka do przyjęcia nowej jednostki chorobowej, którą nazwano *Splenohepatomegalja typu Niemann-Pick.* Choroba ta, według Picka w odróżnieniu od choroby Gaucher'a, rozpoczyna się stale w bardzo wczesnem niemowlęctwie, daje równoczesne, równoległe i bardzo rażne powiększanie śledziony i wątroby, postępuje i szybko wyniszcza ustrój a charakterystyczne dla niej komórki patologiczne odmiennie od komórek Gaucher'a barwią się zwykłemi barwikami tłuszczowemi i znajdują się nietylko w narządach aparatu śródbłonkowo-siateczkowego, lecz wykazać się dają także wśród swoistego utkania narządów miąższowych.

Tabelaryczne zestawienie wspomnianych 7-miu przypadków oraz pierwszego przypadku Niemanna dał Pick w 1926 r. w monografji: *„Der Morbus Gaucher und die ihm ähnlichen Erkrankungen"*. Następny 9-ty przypadek ogłoszony został przez Hamburgera w Jahrbuch für die Kinderheilkunde z 1927 r. z tego źródła dowiadujemy się o 10-tym przypadku przedstawionym przez Folke-Henschen'a na Kongresie lekarskim państw północnych w 1925 r. W tym samym roku (1927) ogłoszony został w Rev. de pediatr. przez Corcana, Oberlinga i Diensta 11-ty przypadek, ostatni z autorów zapowiada przytem publikację 12-go przypadku wspólnie z Hamperlem z Wiednia.

13-ty przypadek tego rzadkiego dotąd schorzenia był przedmiotem badania i spostrzegania w klinice naszej w grudniu 1927. Dotyczy on dziewczynki, liczącej w dniu przyjęcia 18 miesięcy, urodzonej jako pierwsze dziecko zdrowych rodziców, którzy podają, że w rodzinie obojga nie chorował nikt na choroby krwi, nerwowe, weneryczne lub gruźlicę. Dziadek (ojciec matki) w dodatkowym wywiadzie przyznaje, że w młodym wieku przechodził kiłę, po kilku latach leczenia uznany jednak został przez lekarzy za zdrowego. Dziecko karmione było przez miesiąc piersią, następnie mlekiem krowiem z wodą (1 : 2 i 1 : 1), od 12-go miesiąca życia czystem mlekiem krowiem z łyżeczką cukru na szklankę pokarmu. W 8-ym miesiącu życia dostawało dziecko przez okres 2 tygodni sok z marchwi, poczem matka zaniechała tego, rzekomo z powodu wymiotów. Dziecko przyszło na świat z wagą około 2.500 g, od urodzenia było wątłe i blade, ssało, a następnie piło z flaszki leniwie, wymiotowało i oddawało stolce na przemian grudkowato zbite lub wolne, często wodniste, zielone i z domieszką śluzu. Pozatem zapadało kilkakrotnie na nieżyt górnych dróg oddechowych z gorączką, dochodzącą do 38°.

Około połowy 3-ego miesiąca zauważyli rodzice, że brzuch dziecka, od najwcześniejszego niemowlęctwa dość wielki, zaczyna się powiększać. Wezwany lekarz stwierdził powiększenie śledziony i wątroby, odniósł je do krzywicy i polecił naświetlania lampą kwarcową, które podobnie, jak wszystkie inne środki (wapno, fosfor, żelazo i arszenik), zapisywane przez kilku następnych lekarzy, ani nie polepszyły stanu ogólnego dziecka ani nie zmniejszyły rozmiarów brzucha. Dziecko nie rozwija się, nie podnosi głowy, nie siedzi, chudnie i marnieje z dnia na dzień, a brzuch stale zwiększający się osiągnął w końcu rozmiary olbrzymie, co skłoniło rodziców do zasięgnięcia porady w klinice.

Stan w dniu przyjęcia: 18-mies. dziecko o wadze 5.640 g i długości ciała 69 cm zwraca uwagę daleko posuniętem wyniszczeniem, wychudzeniem i bladością, szarobrunatnem zabarwieniem skóry twarzy, rąk i przedramion oraz imponującemi rozmiarami brzucha, przez którego chude powłoki zaznaczają się obrysy dwu guzów, zajmujących obie połowy jamy brzusznej. Dziecko interesuje się otoczeniem, wyraz oczu inteligentny. Pozostawione samemu sobie leży bezwładnie, jakby unieruchomione ciężarem brzucha. W czasie badania niepokoi się i krzyczy głosem szorstkim, chrypiącym. Skóra poza opisanem szaro-brunatnem zabarwieniem na twarzy i kończynach górnych, wykazuje bladość, suchość, cienkość i wiotkość, a tkanka podskórna jest prawie zupełnie zanikła. Gruczoły chłonne zewnętrzne są powiększone i dochodzą wielkości ziarna fasoli; są pojedyncze, przesuwalne, twarde, sprężyste i niebolesne. Kościec wykazuje objawy przebytej krzywicy, mianowicie wybitne guzy czołowe i ciemieniowe, zgrubiałe łuki brwiowe, ciemię szerokości $1^1/_2 \times 1^1/_2$ cm, średniego stopnia różaniec oraz nieznaczne zgrubienie nasad kości długich. Gałki oczne nieco wytrzeszczone, twardówki zabarwione żółto-brunatnie. Źrenice okrągłe, równe, oddziaływują na światło prawidłowo, dno oka bez zmian. Błona śluzowa warg i jamy ustnej blada, uzębienia brak. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona i rozpulchniona, na tylnej ścianie obfita wydzielina śluzowa. Podobna wydzielina wydobywa się obficie z nosa. Uszy bez zmian. Klatka piersiowa dzwonowato ku dołowi rozszerzona, obwód jej na wysokości brodawek sutkowych wynosi 39 cm. Dolne granice płuc uniesione wysoko ku górze. Szmery oddechowe szorstkie, pokryte licznemi furczeniami i średnio-bańkowemi rzężeniami wilgotnemi. Wypuk jawny. Serce poza głuchemi tonami nie wykazuje zmian, tętno słabo napięte i drobne, 128 na minutę. Brzuch, którego obwód na wysokości pępka wynosi 49 cm, ma rozmiary olbrzymie w stosunku do klatki piersiowej i cienkich kończyn. Jest prawie w całości wypełniony przez wątrobę i śledzionę. Oba narządy są spoistości twardej, powierzchnie ich są gładkie, a brzegi tępe. Ku dołowi sięgają one do grzebieni biodrowych przednich górnych, w górze stykają się bezpośrednio, od pępka w dół niedochodzą do siebie na szerokość $1^1/_2$ palca. Odruchy fizjologiczne są leniwe, patologicznych nie stwierdza się.

Mocz bez składników patologicznych nie zawiera barwików żółciowych, względnie ich pochodnych. Stolec bez zmian.

Krew: Ciałek czerwonych 4,600.000, ciałek białych 7.800. — w tem ciałek młodych $^1/_2$%, pałeczkowatych $5^1/_2$%, segmentowanych $56^1/_2$%, eozynochłonnych 0, tucznych $^1/_2$%, plasmatycznych $^1/_2$%, monocytów $6^1/_2$%, limfocytów 30%. Sahli — 51, Ind. Hb. — 0,55. Stwierdza się nieliczne mikro- i poikilocyty, tu i ówdzie polichromatofilję. Płytek 196.000. Czas krzepnienia krwi 5'30". Czas krwawienia 3'30". Badanie odporności krwinek na hipotoniczne roztwory NaCl wykazuje początek hemolizy przy 0,45.

Poziom cukru krwi = 97 mg %, RN = 25 mg %, bilirubina surowicy podług v. d. Bergha = 0,35 E, cholesteryna = 429 mg %. Surowica krwi pobranej w 4 godziny po posiłku wykazuje znaczne zmętnienie.

Odczyny tuberkulinowe wypadły ujemnie, odczyn Wassermanna i Meinickego, dwukrotnie wykonywane, — ujemnie.

Badanie rentgenologiczne: cienie wnękowe rozszerzone. Pola płucne w całości mniej przepuszczalne. Serce rozmiarów i konfiguracji prawidłowej.

Stwierdziliśmy zatem, obok grypowego nieżytu nosa, gardła i oskrzeli oraz objawów krzywicy, *jaknajdalej posunięte wychudzenie i wyniszczenie ustroju, olbrzymich rozmiarów wątrobę i śledzionę oraz charakterystyczne szaro-brunatne zabarwienie twarzy, rąk i przedramion oraz twardówek oczu.*

Rozpatrując przyrodę tak znacznego powiększenia wątroby i śledziony w łączności z przedstawionym obrazem klinicznym i wynikiem badań pomocniczych, z łatwością mogliśmy wykluczyć kiłę i gruźlicę, niedokrewność rzekomo białaczkową Jaksch-Hayema oraz przerostową marskość wątroby Hanuota. Uwzględniając zaś drugi, obok guza wątroby i śledziony, najbardziej wybitny objaw, mianowicie charakterystyczne szaro-brunatne zabarwienie skóry twarzy i kończyn górnych oraz twardówek oczu, zwróciliśmy uwagę na te postacie splenohepatomegalji, które zaliczane są do schorzeń układu siateczkowo-śródbłonkowego; taki bowiem zespół objawów występuje jedynie w dwu chorobach: *splenomegalji Gauchera i w nieznanym obrazie chorobowym Niemanna, późniejszej splenohepatomegalji Niemanna-Picka.*

Różnicując między temi dwiema chorobami, na podstawie wieku chorego, równoczesnego i równoległego powiększania się śledziony i wątroby od 2-go miesiąca życia, szybkiego i wyniszczającego przebiegu choroby oraz lipemicznego zmętnienia surowicy i wysokiego poziomu cholesteryny krwi, rozpoznaliśmy *splenohepatomegalję typu Niemann-Picka.* Dla ugruntowania naszego rozpoznania postanowiliśmy wykonać nakłucie śledziony. W międzyczasie t. j. w ciągu 4-dniowego pobytu dziecka w klinice stan jego uległ znacznemu pogorszeniu, grypowy nieżyt oskrzeli dał wtórne obustronne zapalenie płuc. Nakłucie śledziony, wykonane na 3 godziny przed śmiercią, dostarczyło nam skąpego materjału krwawego, który, oglądany zarówno na świeżo, jak i w preparatach barwionych, nie dał nam owych charakterystycznych komórek, które Pick dwukrotnie (w przypadku Schiffa i w przypadku Hamburgera) wykazał. Sekcja potwierdziła jednak w całej rozciągłości nasze rozpoznanie.

Sekcję zwłok wykonano dnia 15 grudnia 1927 w 20 godzin po śmierci. Stwierdzono co następuje: Zwłoki dziecka na swój wiek słabo rozwiniętego, delikatnej budowy kośćca, o skórze wybitnie bladej, suchej i zeienczałej, a przytem zciemniałej, i tkance tłuszczowej podskórnej zanikłej. Również błony śluzowe, od zewnątrz widoczne, są wybitnie blade. Uderza znaczne powiększenie brzucha, szczególnie w części nadbrzusznej.

Głowa: Czaszka jest mesocefaliczna, kości jej są cienkie, częściowo przeświecające. W jamie czaszkowej znajduje się dość

obfity płyn jasny, przejrzysty. Opona twarda jest gładka i dobrze napięta. Opony miękkie są wybitnie blade i obrzękłe. Na rozkroju mózgu komory boczne są rozszerzone i wypełnione przeźroczystym płynem. Mózg jest blady, ciastowaty, kora mózgowa jest bardzo wąska.

Klatka piersiowa: w dolnej części jest rozszerzona. W śródpiersiu przedniem zmian nie widać, grasica jest mała, blada, o odcieniu żółtawym. Opłucna jest bez zmian. Płuca są wybitnie blade, płaty przednie ich są powietrzne, w tylnych częściach płuc stwierdza się ogniska szaroróżowe, bezpowietrzne kruche, częściowo zlewające się ze sobą. Oskrzela i tchawica mają błonę śluzową cienką i bladą. Gruczoły tkanki piersiowej są powiększone, mianowicie dochodzą wielkości grochu a nawet fasoli, na przekroju są blade i nieco żółtawe, o spoistości dość miękkiej.

Serce: jest odpowiednio wielkie, wsierdzie jest bez zmian. Mięsień serca wybitnie blady, nieco żółtawy i kruchy.

Tarczyca jest mała i blada.

Jama brzuszna: otrzewna prawidłwa. Jelita i kiszki są blade i zepchnięte ku dołowi przez znacznie powiększoną wątrobę i śledzionę, które też zajmują niemal całą górną część brzucha, a ich dolne brzegi sięgają poniżej pępka.

Śledziona jest bardzo wielka i ciężka (300 g) i ma postać prawidłową. Torebka jej jest gładka, cienka. Na przekroju miąższ śledziony jest miernie kruchy blado różowy, wpadający w odcień żółtawy. Grudki chłonne jej są powiększone i ciemno czerwone.

Wątroba: ma postać prawidłową; jest znacznie powiększona i ciężka (760 g). Torebka jej jest cienka i blada. Rysunek na przekroju zatarty. Jest ona wybitnie blada i żółta, a spoistość jej jest oporna. Przedstawia ona obraz wątroby silnie tłuszczowo nacieczonej. Woreczek żółciowy jest mały o ścianach cieńkich, zawiera on skąpą żółć. Drogi żółciowe są drożne.

Nerki: są wielkości prawidłowej, na przekroju blade, nieco żółtawe, o spoistości prawidłowej. Moczowody i pęcherz moczowy są bez zmian.

Nadnercza: są wielkie, blade, kora ich wybitnie żółta, lewe waży 5,2 g, prawe 5,6 g.

Trzustka jest blada, wyraźnie ziarnista. Jelita o błonie śluzowej bardzo bladej, grudki chłonne są powiększone, blado-różowe.

Gruczoły jamy brzusznej są powiększone, blade, niektóre wybitnie żółte.

Narządy płciowe: macica i jajniki są słabo rozwinięte.

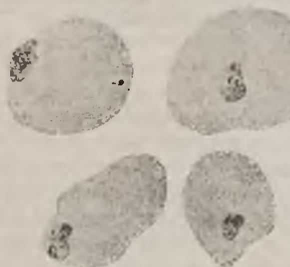
Szpik kostny: z kości udowej jest blado różowy, obfity.

Sekcyjnie stwierdzono zatem: wybitne powiększenie wątroby i śledziony oraz przerost całego narządu chłonnego. Następnie ogólne wyniszczenie i niedokrwistość, zwyrodnienie i nacieczenie tłuszczowe narządów oraz obustronne zapalenie płuc. Jako przyczynę śmierci należy uważać wyniszczenie i końcowe zapalenie płuc.

Do badania drobnowidowego wycięto skrawki ze wszystkich narządów, szczególnie z narządów miąższowych. Z kawałeczków wyciętych sprządzono preparaty parafinowe i mrożone, barwiono je haematoksyliną i eozyną oraz metodami, służącemi do wykazania tłuszczu, jak Sudanem III i szkarłatem R, kwasem nadosmowym, sposobem Ciaccia i Fischlera.

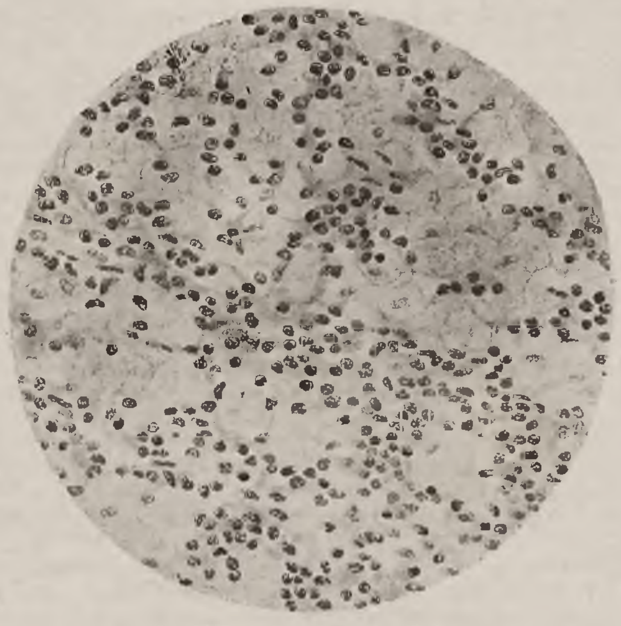
Poniżej podaję opis szczególnie tych narządów, które okazywały zmiany największe.

Śledziona: Budowa prawidłowa śledziony jest zatarta. Grudki chłonne są prawie niewidoczne. Torebka łączno-tkankowa i przegródki śledzionowe są prawidłowe, w przegródkach naczynia



Rys. 1. Piankowato zmienione śródbłonki naczyniowe.

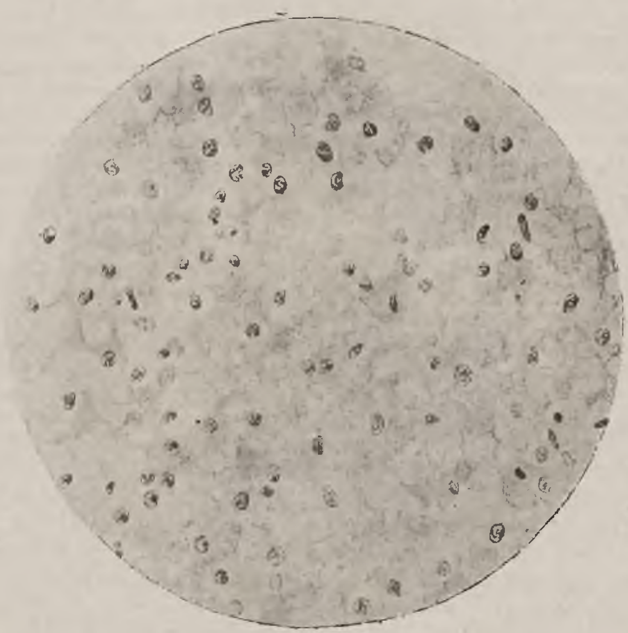
krwionośne są przekrwione. Komórek limfatycznych jest mało. Przeważną część komórek śledzionowych tworzą komórki wielkie jasne, o słabo zaznaczonych obrysach lub wielokątne. Pierwoszcz komórek jest blada, delikatnie ziarnista lub też piankowata. Jądra tych komórek są większe od jąder limfocytów, mają delikatny zrąb chromatyny i wyraźne jąderka (Rys. 1). Komórki układają się grupkami pod postacią pasm i sieci. Pomiędzy komórkami są większe i mniejsze szczelinowate przestrzenie, w których stwierdza się obfite ciałka czerwone krwi. Z tego wynikałoby, że opisane komórki piankowate są zmienionemi śródbłonkami naczyń włosowatych. Prawdopodobnie jednak także komórki siateczkowe i komórki adenoidalne uległy tej zmianie chorobowej. We większych naczyniach stwierdza się w świetle owe komórki piankowate (Rys. 2).



Rys. 2. Śledzona: Obfite komórki piankowate.

Gruczoły chłonne: Okazują częściowo obraz zupełnie podobny do obrazu śledziony, częściowo budowa gruczołowa jest mniej lub bardziej zatarta i tylko gniazda i pasma owych jasnych komórek leżą wśród tkanki adenoidalnej.

Wątroba: Obraz drobnowidowy wątroby jest zupełnie zmieniony; jej budowa zrazikowa jest tylko miejscami zachowana, a nawet występuje wyraźnie z powodu silniejszego rozrostu tkanki łącznej, międzyzrazikowej. W tkance tej widać nieliczne przewody żółciowe i obfite naczynia krwionośne rozszerzone i przekrwione,



Rys. 3. Wątroba: Komórki wątrobowe i śródbłonki naczyń piankowato zmienione.

a dookoła naczyń nieznaczne nacieki krągłokomórkowe. Wśród nich stwierdza się także tu i ówdzie komórki piankowate. Same zraziki wątrobowe zaś składają się z ogniskowo ułożonych, wielkich, jasnych, piankowatych komórek, opisanych w gruczołach i śledzionie. Komórki te są niewątpliwie zmienionemi komórkami śródbłonkowemi, podobnie, jak w innych narządach, gdyż pomiędzy niemi widać małe szczelinki, wypełnione krwią, odpowiadające światłu naczyń śród-zrazikowych. Różnicy pomiędzy temi dwoma typami komórek nie można się jednak dopatrzeć (Ryc. 3).

Szpik kostny: jest silnie ukrwiony. W szpiku widać obfite limfocyty, komórki plazmatyczne, myelocyty, leukocyty i komórki olbrzymie. Pozatem stwierdza się w nim gniazda komórek bladych jasnych, piankowatych dookoła przestrzeni naczyniowych, zatem znowu zmienione śródbłonki naczyń.

Nerki: komórki tak kanalików krętych, jak i prostych, są w wysokim stopniu zwyrodniałe i okazują zziarnienie, częściowo odpadają i łuszczą się. Kłębuszki nerkowe sa powiększone, śródbłonki naczyń włosowatych kłebuszka są napęczniałe, wielkie i jasne, częściowo o budowie piankowatej. Również pomiędzy kanalikami stwierdza się grupy zmienionych komórek śródbłonkowych.

Nadnercza: Budowa pasmowata kory jest wyraźna, budowa istoty rdzennej zaś zatarta. Komórki korowe są wielkie i jasne, o niewyraźnych obrysach: pierwoszcz komórek ma obfitą, delikatna, bladą ziarnistość. W istocie rdzennej, częściowo silnie rozwiniętej, stwierdza się naczynia krwionośne przekrwione, a śródbłonki ich przedstawiają się podobnie, jak owe komórki jasne, opisane w śledzionie i wątrobie. Również w świetle naczyń widać komórki piankowate.

Przewód pokarmowy: w żołądku i w jelitach stwierdza się w zakresie grudek chłonnych miejscami grupy owych komórek piankowatych. Również w błonie śluzowej i podśluzowej widać poszczególne komórki piankowate w otoczeniu naczyń.

Mięsień sercowy: Pomiędzy włóknami stwierdza się przestrzenie naczyniowe, których śródbłonki okazują zmiany, podobne do zmian w innych narzadach. Same włókna mięsne są napęczniałe, a prążkowanie ich jest zatarte.

Tarczyca: ma budowę prawidłową, a w utkaniu jej stwierdza się gdzieniegdzie pojedyńcze grupki komórek piankowatych, niewątpliwie zmienionych śródbłonków.

Grasica: wśród komórek miąższowych limfoidalnych są obfite gniazda owych komórek piankowatych i zwapniałe ciałka Hassala.

Trzustka: obfite wysepki Langerhansa, gdzieniegdzie grudki zmienionych komórek śródbłonkowych.

Jajniki: mają budowę prawidłową. W tkance łącznej są ogniska i pasma znanych już komórek piankowatych.

Płuca: Nabłonki płucne są napęczniałe, blade, miękkie; wielkie piankowate nabłonki te łuszczą sie i leżą wolno w świetle pęcherzyków płucnych. Również w ścianach pęcherzyków stwierdza się grupy komórek wodniczkowych.

Mózg: Tak w istocie rdzennej jak i korowej widać gniazda i poszczególne komórki piankowate. Szczególnie w korze jest ich bardzo wiele. Są to śródbłonki naczyń, częściowo jednak niewątpliwie i komórki nerwowe, może także glejowe. Co się tyczy komórek nerwowych, to w niektórych widać zmiany początkowe, mianowicie napęcznienie i wodnikowatość pierwoszcza, inne już zupełnie nie wyglądają na komórki nerwowe.

Jak więc z badania drobnowidowego wynika, w przypadku opisanym zachodzą zmiany przedewszystkiem komórek śródbłonkowych, które też uległy znacznemu napęcznieniu, a w ich pierwoszczy pojawia się drobna ziarnistość lub większe i mniejsze wodniczki, nadające komórkom budowę piankowatą. Lecz także w innych komórkach, jak w komórkach siateczki anedoidalnej, nabłonkowych, nabłonkach płucnych i elementach nerwowych można było stwierdzić zmiany podobne.

Należy się zapytać co to są za zmiany i jak one powstały? Owe ziarenka i pęcherzyki w komórkach mogłyby być wodniczkami powstałemi wskutek obrzęku lub też wyługowanemi kuleczkami tłuszczu. Celem przekonania się wykonano badania w kierunku wykazania ciał tłuszczowych i tłuszczowatych.

Badania na tłuszcz i ciała tłuszczowate.

Preparaty sudanowe: Opisane komórki piankowate, stwierdzone prawie we wszystkich narządach, barwią się Sudanem III, albo słabo jednolicie pomarańczowo, lub też okazują drobne ziarenka, intensywniej pomarańczowo się barwiące. Zabarwienie ziarenek tłuszczu w komórkach różni się jednak od zabarwienia tłuszczu w tkance tłuszczowej. Tłuszcz w komórkach badanych barwi się bardziej brudno-pomarańczowo, tłuszcz zaś w tkance tłuszczowej jasno-pomarańczowo. Zabarwienie to jednak nie jest jednolite. Nie tylko w rozmaitych narządach, lecz także w jednym i tym samym narządzie stwierdza się komórki, które się wcale nie barwią, inne barwą się słabo, inne wreszcie dość silnie.

Szkarlat R. Szkarlatem otrzymuje się zabarwienie podobne jak Sudanem III. Barwienie się jest może nieco słabsze.

Błękit Nilu. Tym sposobem barwienia otrzymaliśmy odczyn tylko słabo dodatni. Komórki piankowate zabarwiły się słabo na kolor brudno-fioletowy.

Sposobem Ciaccia otrzymuje się zabarwienie podobne jak Sudanem III, tylko nieco słabsze. Tłuszcz występuje przeważnie pod postacią drobniutkich ziarenek. Jednak także i tutaj zaznaczyć należy, że reakcja podobnie, jak przy barwieniu Sudanem III, wystąpiła w poszczególnych narządach nader niejednolicie.

Sposób Fischlera. Komórki piankowate barwią się wybitnie ciemno-niebiesko, częściowo prawie czarno. To barwienie mniej dobrze wypadło w wątrobie, natomiast nader wybitnie w śledzionie i w innych narządach. Prawdopodobnie dlatego, że obok lipoidów znajdują się w komórkach wątrobowych także tłuszcze obojętne.

Kwas osmowy: czerni w przeważnej części narządów ziarna i kuleczki w komórkach piankowatych.

Zestawiając wyniki badania drobnowidowego, widzimy, że we wszystkich narządach bez wyjątku, szczególnie zaś w narządach układu siateczkowo-śródbłonkowego, w śledzionie, gruczołach, wątrobie i szpiku kostnym, a dalej także szczególnie obficie w nadnerczach i grasicy stwierdza się gniazda i pasma komórek wielkich, jasnych, często piankowatych. Badanie mikrochemiczne wykazało, że komórki piankowate zawierają ziarenka i kuleczki tłuszczu, które ze względu na otrzymane odczyny barwne należy zaliczyć do ciał tłuszczowych czyli lipoidów. Z powodu dodatniego odczynu barwnego przy zastosowaniu metody Ciaccia i Fischlera, można wnioskować, że pomiędzy lipoidami nagromadzonemi w komórkach, najważniejszą rolę odgrywają fosfatydy i lecytyna. Obok fosfatydów stwierdza się niewątpliwie także inne połączenia tłuszczowe; dowodem tego jest niejednolite występowanie barwnych odczynów tłuszczowych, nietylko w poszczególnych narządach, lecz także i w jednym i tym samym narządzie. Co się tyczy komórek w ten sposób zmienionych, są to przeważnie śródbłonki naczyń i komórki siateczkowe, częściowo zaś także komórki inne, jak komórki miąższowe wątroby, śledziony, grasicy, nadnerczy, komórki nerwowe i nabłonki płuc. Zmiany te występują częściowo w tak wysokim stopniu, że zatarły prawidłową budowę narządów, jak naprzykład w wątrobie i śledzionie.

Zbierając *wyniki badania anatomicznego* naszego przypadku należałoby zapytać, jakie schorzenie przedstawia przypadek omawiany, w szczególności — czy przedstawia on z punktu widzenia anatomicznego ściśle określoną jednostkę chorobową.

Otóż na pierwszy rzut oka, badając przedewszystkiem śledzionę, ze względu na wygląd i charakter patologicznych komórek należałoby myśleć o chorobie Gauchera. Szczegółowe jednak rozpatrzenie wyników badania i analiza całego przypadku nie przemawia za tem rozpoznaniem zwłaszcza, jeżeli się uwzględni nowsze poglądy, dotyczące choroby Gauchera. Mianowicie: 1) w naszym przypadku stwierdzono we wszystkich narządach owe tłuszczowo zmienione komórki, natomiast w chorobie G. stwierdza się je tylko w narządach układu siateczkowego. 2) nasze komórki zawierały obfite ciała tłuszczowe, dające się wykazać mikrochemicznie, natomiast ciała zawarte w komórkach Gauchera nie dają żadnych odczynów tłuszczowych; 3) w naszym przypadku nie wykazano haemosideryny, tak charakterystycznej dla choroby Gauchera; dodać jednak należy ,że ta zmiana pojawia się zwykle dopiero w późniejszych okresach choroby G., u dzieci zaś w okresach wczesnych może być tylko słabo zaznaczoną.

Po wykluczeniu choroby Gauchera porównajmy nasze obrazy z obrazem anatomicznym splenohepatomegalji Niemann-Picka, już klinicznie rozpoznanej w naszym przypadku, a do pewnego stopnia podobnej do choroby G., tak, że dawniejsze przypadki zaliczano nawet do choroby G.

Z monografji Picka dowiadujemy się, że we wszystkich dotychczas sekcjonowanych przypadkach lipoidowej splenohepatomegalji wykazywano obok ogólnego wyniszczenia i brunatnego zabarwienia skóry, znaczne powiększenie wątroby, śledziony i gruczołów chłonnych. Narządy te były blade i wybitnie żółto zabarwione. Ponadto stwierdzono powiększenie i żółte zabarwienie nadnerczy, grasicy i szpiku kostnego. Powiększenie i żółte zabarwienie narządów odnoszono do obecności wielkich, jasnych, piankowatych komórek, zawierających ciała tłuszczowe, które w przypadkach badanych w tym kierunku, okazały się jako ciała tłuszczowe i to w pierwszym rzędzie jako fosfatydy (lecytyna), dawały bowiem dodatnie odczyny przy barwieniu Sudanem III i Szkarłatem R., kwasem nadosmowym, błękitem Nilu, sposobem Ciaccia i Smidt-Dietricha. Opisywane zmiany wykazywano we wszystkich narządach, a szczególnie w narządach układu siateczkowego. Zaznaczyć należy, że Knox, Wahl i Schmeisser zwrócili specjalną uwagę na system nerwowy, wykazując komórki piankowate w oponach i mózgu i twierdząc, że tutaj komórki piramidowe i komórki Purkinjego uległy tym zmianom.

Wyniki badań anatomicznych badanego przez nas przypadku kryją się w zupełności z wynikami innych badaczy. Przypadek ten należy więc zaliczyć również ze stanowiska anatomicznego

niewątpliwie do wyżej opisanej jednostki chorobowej, splenohepatomegalji typu Niemann-Picka. Dodać należy, że przy różniczkowaniu omawianego przypadku należało jeszcze myśleć o cukrzycy, w której w przypadkach ciężkich, połączonych ze znaczną lipemją, stwierdza się niekiedy w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym, a także w gruczołach i w błonie wewnętrznej naczyń wielkie komórki jasne, zawierające ciała tłuszczowe, podobne do naszych komórek piankowatych. Lecz badanie kliniczne naszego przypadku nie przemawiało za cukrzycą. Z drugiej strony zmiany stwierdzane w cukrzycy, są bardzo nierównomiernie rozmieszczone, a przy badaniu mikrochemicznem dają one wyniki nader różnorodne, obok tłuszczów obojętnych i fosfatydów spotyka się bowiem w tych przypadkach i dwułomne estry cholesterynowe. Dla całości obrazu wspomnieć należy, że zmiany, podobne do opisanych przy lipaemji cukrzycowej, stwierdza się jeszcze w cholesteraemji doświadczalnej, w której u zwierząt karmionych wielkiemi ilościami cholesteryny, (Antschikow, Chalatow) występują w pierwszym rzędzie w śledzionie i w narządach krwiotwórczych, a także w nadnerczach i błonie wewnętrznej naczyń krwionośnych gniazda owych komórek piankowatych, zawierających ciała tłuszczowate, mianowicie dwułomne estry cholesterynowe. Morfologicznie zatem, komórki spotykane przy chorobie Gauchera, przy splenohepatomegalji typu Niemann-Picka, a dalej przy lipemji cukrzycowej i doświadczalnej są podobne do siebie, różnią się jednak miejscem usadowienia, jakoteż właściwościami chemicznemi.

Zgodności wyników pośmiertnych badań anatomohistjochemicznych wszystkich, dotychczas opisanych, przypadków splenohepatomegalji Niemann-Picka *odpowiada podobieństwo wywiadów i przebiegu klinicznego choroby.* Omawiana przez nas jednostka chorobowa obejmuje bez wyjątku niemowlęta względnie dzieci w drugim roku życia. Przeważa płeć żeńska, na 10 dziewcząt przypada zaledwie 3 chłopców. 10 dzieci jest pochodzenia żydowskiego, tylko w przypadku Siegmunda autorów francuskich i naszym chodzi o dzieci aryjskie. Dwoje dzieci są rodzeństwem, w 2 przypadkach w wywiadach stwierdzono u rodzeństwa objawy i zejście śmiertelne tego rodzaju, że według wszelkiego prawdopodobieństwa dzieci te chorowały i zmarły na to samo cierpienie. W 3 przypadkach stwierdzono obok lipoidowej hepatosplenomegalji chorobę Tay-Sachsa.

Choroba rozpoczyna się we wczesnem niemowlęctwie w drugim lub trzecim miesiącu. Pierwszym objawem, zwracającym uwagę jest powiększenie śledziony i wątroby, wyrażające się na zewnątrz wielkiemi rozmiarami brzucha. Dzieci od urodzenia chowają się źle. W wieku kilku miesięcy wykazują znaczne cofnięcie w rozwoju i nędznieją szybko w dalszym przebiegu choroby. Rozmiary brzucha powiększają się raźnie. W późniejszym okresie wystąpić mogą objawy zastoju (puchlina brzuszna, obrzęk nóg i zastoinowy nieżyt płuc). Skóra okolic wystawionych na działanie światła (twarz, kończyny górne) przyjmuje charakterystyczne szaro lub żółto-brunatne zabarwienie. Mocz nie zawiera składników patologicznych. Obraz krwi poza nieznaczną leukocytozą (stwierdzoną w dwu przypadkach) nie odbiega od prawidłowego. Surowica krwi wykazuje lipemiczne zmętnienie oraz wysoki poziom cholesteryny. Oprócz znacznego powiększenia śledziony i wątroby, stwierdza się powiększenie zewnętrznych gruczołów chłonnych, czasem znacznego stopnia. Zejście śmiertelne, przypadające na wiek od 7—20 miesięcy, jest następstwem ogólnego wyniszczenia i wyczerpania ustroju, w kilku przypadkach zaś przyspieszone zostało wbieżnem zakażeniem grypowem.

W sprawie patogenezy choroby niewiele można na razie powiedzieć. Patologiczne komórki mają wiele podobieństwa z lipoidofagami w lipemji djabetyków. Fakt ten jest powodem, dla którego splenomegalję Niemann-Picka prawie od początku uznano za chorobę przemiany materji. Nierozstrzygniętem jest jednak zagadnienie, czy nacieczenie lipoidowe komórek jest zaburzeniem pierwotnem, czy też zjawiskiem wtórnem po pierwotnem uszkodzeniu nieznanego rodzaju, względnie po pierwotnej wrodzonej dysfunkcji komórek układu śródbłonkowo-siateczkowego. Pick — za istotę choroby uważa zaburzenie pośredniej przemiany tłuszczów i lipoidów, które prowadzi do przeładowania niemi krwi i odłożenia w tkankach. Zatem przemawiałaby lipaemja i wysoki poziom cholesteryny, stwierdzony w kilku przypadkach już we wczesnych okresach choroby. Dalej oświadcza się Pick za wrodzoną, konstytucjonalną i rodzinną przyrodą choroby i stawia ją obok znanych oddawna konstytucjonalnych zaburzeń przemiany materji: alkaptonurji i cystinurji. Corcan, Oberlink i Dienst, przyjmując za tło choroby również zaburzenie w przemianie materji i dopatrując się istoty jego w nieprawidłowej funkcji komórek wątrobowych, oświadczają się jednak za równoczesną konstytucjonalną mniejszą wartościowością układu śródbłonkowo-siateczkowego. O pierwotnej dysfunkcji komórek i wtórnem nacieczeniu lipoidowem mówi Niemann, a Siegmund ośrodka choroby dopatruje się w niezdolności przerabiania i dalszego oddawania lipoidów przez komórki, analogicznie do zaburzenia w przeróbce żelaza w haemochromatozie.

Zaburzenie przemiany materji odnosi się wyłącznie do tłuszczów i ciał tłuszczowatych. Dowodzą tego badania przeprowadzone w klinice berlińskiej przez Hamburgera nad 9-tym przypadkiem, który pozostawał w obserwacji przez kilka miesięcy. Był to wypadek powikłany chorobą Tay-Sachsa. Hamburger przypuszczając, że w chorobie Niemann-Picka także przemiana węglowodanów może ulegać zaburzeniu i że szybkie zejście śmiertelne może pozostaje właśnie w związku z niem, wykonał szereg badań, które wykazały, że przemiana węglowodanów, względnie gospodarka węglowodanowa wątroby, oraz inne jej czynności, jak wydzielanie żółci, względnie elementów żółciowych do dwunastnicy, krwi i moczu oraz wydalanie ciał obcych drogą żółci zachowują się zupełnie prawidłowo. Badania wykonano w naszym przypadku — z powodu krótkiej, bo 3-dniowej tylko, obserwacji ograniczone do najbardziej zasadniczych — jakkolwiek nie przyniosły niczego nowego, potwierdzają jednak wynik badań Hamburgera. Także my stwierdziliśmy normalny poziom cukru krwi, prawidłową tolerancję węglowodanową i brak cukro- i ketonomoczu oraz normalny poziom bilirubiny krwi i nieobecność barwików żółciowych w moczu. Z tego wynikałoby, że poszczególne czynności wątroby nawet przy daleko posuniętych zmianach anatomicznych komórek wątrobowych mogą się odbywać zupełnie prawidłowo. Równocześnie badania Hamburgera i nasze przemawiają na korzyść teorji Picka, że w splenohepatomegalji lipoidowej nie mamy pierwotnej dysfunkcji komórkowej, lecz, że pierwotnym momentem patogenetycznym jest wrodzone zaburzenie pośredniej przemiany materji, które prowadzi do przeładowania krwi tłuszczami i ciałami tłuszczowatemi. Produkty tej nieprawidłowej przemiany materji wyławia i gromadzi przedewszystkiem układ śródbłonkowo-siateczkowy, w miarę zaś wyczerpywania się jego zdolności fagocytarnych, tłuszcze i lipoidy dostają się również do specyficznych komórek miąższowych innych narządów — tak, że w pośmiertnem badaniu patologiczne komórki stwierdzić można niemal w każdym narządzie.

Istota przypuszczalnie pierwotnego zaburzenia przemiany materji jest jednak narazie nieznaną. Zastanawiającym jest fakt, że w stanie tak znacznej lipemji i lipoidemji chorzy wykazują na zewnątrz daleko posunięte wychudzenie i zupełny zanik podściółki tłuszczowej, wszystkie zaś narządy wewnętrzne przeładowane są komórkami lipoidowemi, które nadają im makroskopowo widoczny żółtawy odcień. To przeładowanie całego ustroju i wszystkich tkanek lipoidowemi komórkami odmiennie, jak w chorobie Gauchera, w której patologiczne komórki znajdują się jedynie w narządach układu śródbłonkowo-siateczkowego jest najprawdopodobniej powodem szybkiego i wyniszczającego przebiegu choroby Niemann-Picka, w odróżnieniu od choroby Gauchera, która, jako również konstytucjonalne wrodzone schorzenie, rozpoczyna się wprawdzie w dzieciństwie, względnie nawet w niemowlęctwie, klinicznie objawia się jednak dopiero po latach, przebiega przytem zazwyczaj bardzo przewlekle i trwać może dziesiątki lat. W pewnych jednak razach, jak to dowodzą spostrzeżenia ostatnich lat, dać może zejście śmiertelne z właściwym sobie obrazem anatomo-histologicznym już w niemowlęctwie, względnie wczesnem dzieciństwie. I na odwrót, jak to już Pick w swej monografji przypuszczał, możliwem jest, że istnieją przypadki choroby Niemann-Picka o przebiegu łagodniejszym, które przekraczają wiek dotychczas opisanych przypadków, kończąc się śmiercią w późniejszym wieku dziecięcym lub nawet dorosłym. Za tem zdają się przemawiać dwa przypadki, opisane w roku zeszłym przez Helenę Hercenberg z Moskwy, dotyczące dwojga rodzeństwa żydowskiego pochodzenia, we wieku 5-ciu i 9-ciu lat.

Pierwsze z nich: dziewczynka 5-cio letnia w czwartym roku życia zachorowała na objawy moczówki prostej. Po roku wielomocz cofa się, pojawiają się natomiast gwałtowne bóle kręgosłupa, żeber, mostka i kości kończyn, brunatne zabarwienie skóry, swędząca wysypka guzkowo krostowa na głowie i tułowiu, ciężka anemja i gorączka. Na sekcji stwierdzono: miernego stopnia powiększenie wątroby i śledziony, znaczne powiększenie gruczołów chłonnych zewnętrznych i wewnętrznych. Liczne duże ubytki substancji kostnej czaszki, wypełnione przez żółtawe nacieki. Podobne nacieki na oponie twardej. Mniejsze w kościach szkieletowych.

Starsza siostra zmarłej, licząca lat 9, dawniej rzekomo zupełnie zdrowa od roku choruje na gwałtowne, nagle zjawiające się i szybko znikające, bóle kośćca klatki piersiowej i kręgosłupa. Przy badaniu stwierdzono u niej brunatne zabarwienie skóry oraz

średniego stopnia powiększenie gruczołów chłonnych, śledziony i wątroby. Roentgen: Rozrzedzenie i zwężenie szóstego kręgu piersiowego oraz odpowiedniej chrząstki międzykręgowej. Po miesiącu pobytu w klinice, w czasie którego przeszła krótkotrwałą osutkę krwotoczną, odeszła do domu bez zmiany. Żyła do czasu publikacji.

W obrazie klinicznym swoich przypadków podnosi autorka krwotoczne względnie guzkowo-krostowe zmiany na skórze i nieznaczne powiększenie śledziony i wątroby, potwierdzone w pierwszym przypadku na sekcji (wątroba 680 g — śledziona 150 g). Jako nieznaną do tej pory osobliwość podaje rozległe, miękkie, jasno-żółtej barwy nacieki, tworzące na oponie twardej płaskie wyniosłości, w kościach czaszki zaś wypełniające ubytki tkanki kostnej, w której drobnowidowo stwierdza się zanik czynnego szpiku kostnego, w jego miejscu zaś tkankę lipoido-komórkową. Ta, żywo budująca, tkanka powoduje zanik, ścieńczenie i przebicie kości, poczem rozprzestrzenia się na powierzchni jej w postaci płaskich zgrubień. Bujanie patologicznej tkanki około lejka i ucisk na przysadkę mózgową tłumaczą objawy moczówki. Pozostały kościec (kręgosłup, żebra i mostek) wykazuje również wśród rozrzedzonej substancji gąbczastej częścią rozlane, częścią ogniskowe, żółte lub szaro-żółte nacieki.

Znajdujące się w tych naciekach komórki lipoidowe przedstawiają obraz histologiczny oraz dają odczyny barwne, właściwe komórkom Niemann-Picka, charakterystyczne dla tłuszczów obojętnych, estrów cholesterynowych i fosfatydów. W wątrobie zwraca jednak uwagę rozmieszczenie tych komórek jedynie w środku zrazików, w śledzionie znowu, gdzie jest ich wogóle mało, są one nieco mniejsze od typowych komórek Niemanna-Picka wykazują w centrum swem pierwoszcz homogenną, a według sposobu barwienia zdają się zawierać wyłącznie tylko fosfatydy. W pozostałych natomiast narządach wykazać się dają w bardzo małej ilości, w niektórych zaś (trzustka, jajniki, macica, pęcherz moczowy, mięśnie szkieletowe) brak ich zupełnie.

W śledzionie i szpiku kostnym patologiczna tkanka lipoidokomórkowa wykazuje rzlegle zmiany martwicze, oraz obfite bujanie tkanki bliznowatej, wśród niej zaś złogi barwika żelazowego.

Na podstawie badania histo-chemicznego autorka wyklucza chorobę Gaucher'a i rozpoznaje nową, przewlekłą postać choroby Niemanna-Picka, którą ze względu na rozległe zmiany w kośćcu i stosunkowo nieznaczną hepatosplenomegalję, analogicznie do szkieletowej postaci choroby Gaucher'a, nazywa szkieletową postacią choroby Niemanna-Picka. W tej postaci zdaniem autorki choroba lokalizuje się przeważnie w systemie chłonno-krwiotwórczym i dzięki temu mimo ciężkie zaburzenie w przemianie materji przebiega łagodnie i powoli, trwając kilka lat (5—9), w ostateczności jednak wskutek procesów martwiczych i bujania tkanki bliznowatej w szpiku kostnym i śledzionie powoduje ciężką anemję, stanowiącą przyczynę zejścia śmiertelnego.

Publikację swoją kończy krytyczną oceną opisanych przypadków przez Lubarscha i Picka, którzy na podstawie preparatów histologicznych przyznają że w danym obrazie chorobowym mamy przypadek zaburzenia przemiany lipoidów, nie zgadzają się jednak z rozpoznaniem autorki i wyrażają przypuszczenie, że zaburzenia przemiany materji, które prowadzą do odkładania i gromadzenia nieprawidłowych produktów przemiany tłuszczów i ciał tłuszczowych, nie kończą się na chorobie Gaucher'a i Niemanna-Picka, lecz dawać mogą jeszcze inne obrazy chorobowe, tak klinicznie jak i anatomo-histiochemicznie.

Opisany przez Herzenberg przypadek byłby, zdaniem ich, dalszą, nową postacią choroby, polegającej na zaburzeniu w przemianie tłuszczów i lipoidów.

Rozstrzygnięcie tego w chwili obecnej otwartego zagadnienia jest zadaniem dalszych obserwacyj klinicznych i badań anatomohistologicznych.

Piśmiennictwo.

Bloom W.: Splenomegaly (type Gaucher) and lipoid-histiocytosis (Type Niemann). Americ. journ. of pathol. 1. Nr. 6. 1925. — Brahn B. und L. Pick: Zur chem. Organanalyse bei der lipoidzelligen Splenohepatomegalie Typus Niemann-Pick. Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 50. — Corcan P., M. Oberling et G. Dienst: La maladie de Niemann-Pick. Rev. franç. de pediatr. 3. Nr. 6. 1927. — Henschen, Folke: cyt. podług Picka. — Hamburger R.: Lipoidzellige Splenohepatomegalie (Typus Niemann-Pick) in Verbindung mit amaurotischer Idiotie bei einem 14 Monate alten Mädchen. Jahrbuch f. Kinderheilk. 116. H. 1/2. 1927. — Herzenberg H.: Die Skelletform der Niemann-Pickschen Krankheit. Virchows Archiv. f. pathol. Anatom. u. Physiologie 269. S. 614. — Niemann A. Ein unbekanntes Krankheitsbild. Jahrb. f. Kinderheilk. 79. H. 1. 1914. — Pick L.: Der Morbus Gaucher und die ihm ähnlichen Erkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. und Kinderheilk. 29. 1926. — Pick L.: Ueber lipoidzellige splenomegalie Typus Nemann-Pick, als Stoffwechselerkrankungen. Med. Klinik. 1927. Nr. 39. — Pick L. und M. Bielschowsky: Ueber lipoidzellige Splenomegalie (Typus Niemann-Pick) mit amaurotischer Idiotie. Sitzg. d. Berlin. Ges. f. pathol. Anat. und vergl. Pathol., Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 34. S. 1631. — Pick L.: Die Skelettform (ossuäre Form) des Morbus Gaucher. Jena 1927. — Schiff E.: Im Leben diagnostizierte lipoidzellige Splenohepatomegalie (Typus Niemann-Pick) bei einem 17 Monate alten Knaben., Jahrb. f. Kinderheilk. 112. 1926. — Siegmund: Lipoidzellenhyperplasie der Milz und Splenomegalie Gaucher. Verhandl. d. deutsch. Pathol. Ges. Tag. 18. 1921 — Versè M.: Referat über den Cholesterinwechsel. Verhandl. d. deutsch. Pathol. Ges. Tag. 20. 1925. S. 100.

Dr. Mieczysław SZAJNA, asystent Zakładu. Lwów.

Dalsze badania wpływu jonów potasu na ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym.

Z Zakładu Fizjologji U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Adolf Beck.

Czynność ośrodków wegetatywnych podlega w zwykłych warunkach różnym podnietom zewnętrznym i wewnętrznym, działającym na nie bądź bezpośrednio, bądź też pośrednio, t. j. na drodze odruchu. Zależnie od stanu wrażliwości ośrodków, ich czynność jest mniej lub więcej nasilona i odruchy charakterystyczne dla nich jest łatwiej względnie trudniej wywołać. Odnośnie do ośrodka oddechowego wiadomo, że drażnienie ośrodkowego końca nerwu błędnego wywołuje odruchowo czasowe ustanie oddechu.

Jak się ten ruch zachowa w czasie zmienionej pobudliwości ośrodka oddechowego?

Pod tym względem zbadałem działanie dwóch sustancyj: jonów potasu i strychniny.

Że zmieniona pod wpływem czynników zewnętrznych pobudliwość ośrodków oddechowych wpływa na ich zdolność reagowania na podniety, świadczą doświadczenia Hoppe-Seylera (1), Weila (2), Knolla (3), Foa (4), którzy wykazali, że bezdech, wywołany nadmiernem przewietrzeniem płuc, występuje łatwiej, gdy ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym są w stanie zmniejszonej pobudliwości pod wpływem narkozy, poprzednio wywołanego bezdechu lub oziębienia Autorowie zaś, którzy jak Eisenhardt (5), Rosenthal (6), Ozorio di Almeida (7), Henderson (8) wprowadzali ośrodki oddechowe w stan wzmożonej pobudliwości, działając na nie strychniną, ciepłem lub bodźcami psychicznymi, trudniej ten bezdech uzyskiwali.

W doświadczeniach swych używałem chlorku potasu na podstawie poprzednich badań, w których wspólnie z Hilarowiczem (9) wykazałem, że jony potasu posiadają własności regulujące oddychanie, t. z. wtedy, gdy oddech jest szybki i płytki powodują jego zwolnienie i pogłębienie, a gdy jest zbyt powolny, przyspieszają go. Tych własności nie mają inne substancje, jak lobelina, atropina, kofeina, nie posiada jej też i strychnina, która bardzo znacznie zwiększa wrażliwość ośrodków oddechowych.

Odnośnie zaś do wpływu stanu ośrodków oddechowych na „odruch nerwu błędnego" wykazali Dooley i Andrews (10); Davies, Holdane i Pristley (11), że odruch ten występuje łatwiej, gdy podudliwość ośrodków oddechowych jest mniejsza, pod wpływem działania morfiny, zmęczenia, znieczulenia. Natomiast według Lewandowskiego (4), Macleod'a i Peg'a (5) ośrodki oddechowe są mniej czułe na drażnienie n. błędnego, gdy znajdują się w stanie wzmożonej pobudliwości.

Jak się zachowuje odruchowe zahamowanie oddechu wskutek drażnienia dośrodkowego końca nerwu błędnego pod wpływem jonów potasu objaśnia poniższy protokół.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: Psy usypiałem przy pomocy mieszaniny „Somnifenu" (Roche) z uretanem i siarczanem magnezowym, gdyż ten rodzaj narkozy nie powodował żadnych zaburzeń w oddychaniu i krążeniu (Hilarowicz i Szajna (14)). W doświadczeniach, w których osobliwie zależało na zachowaniu czułości tkanki nerwowej, stosowałem mieszaninę Somnifenu z uretanem bez soli magnezowych; głęboki sen trwał potem 5—7 godzin i pozwalał na wykonanie najcięższej operacji; odruchy nie zanikały, a oddech i ciśnienie krwi zachowywały się normalnie. Dawka tej mieszaniny wynosi tyle gramów uretanu ile waga psa w kg, mniej trzy z dodatkiem 2,2 lub 4,4 cm^3 Somnifenu (1 lub 2 ampułki). Następnie odsłaniałem błonę szczytowo-potyliczną i pod kontrolą wzroku wstrzykiwałem badaną substancję kierując ostrza odpowiednio zagiętej igły w kierunku dna IV komory. W pewnych doświadczeniach przecinałem błonę szczytowo-potyliczną, odszczepiałem część kości potylicznej, unosiłem móżdżek do góry i na dno IV

komory kładłem skrawki bibuły, napojonej roztworem danej substancji.

Ciśnienie krwi mierzyłem i zapisywałem manometrem rtęciowym, połączonym z tętnicą dogłowową wspólną, a oddech zapisywałem bębenkiem Marey'a. Po odpreparowaniu nerwów błędnych przecinałem jeden z nich, celem drażnienia jego dośrodkowego końca. Dokładny przebieg doświadczenia, jednego z trzech podobnych, przedstawia poniżej podane zestawienie.

Doświadczenie I. 9. X. 1928.

Pies, wagi 10 kg. Uśpienie: 7 g etyl - uretanu, 2,2 cm^3 Somnifenu.

Czas	Ilość oddechów na minutę
9 h 40'—9 h 41' Przed wstrzyknięciem chlorku potasu	24
41' 00"—41' 12" Draż. dośrodk. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	0
41' 12"—41' 49"	18
41' 49"—42' 57" Draż. dośrodk. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	
41' 49"—42' 21"	0
42' 12"—42' 21" Wstrzyk. 1 cm^3 1% KCl pod bł. szczyt.-pot.	
42' 21"—43' 06"	17
43' 06"—43' 56" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	25
43' 56"—44' 32" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	31
44' 32"—45' 32"	31
10 h 02' 00"—02' 50"	20
02' 54"—03' 19" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 20 cm)	0
03' 19"—04' 04"	20
04' 04"—05' 18" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 20 cm)	
04' 07"—04' 19" Wstrzk. 1 cm^3 1% KCl pod bł szczyt.-potyl.	
04' 04"—04' 44"	0
04' 44"—05' 18"	22
05' 18"—06' 04"	32
06' 04"—06' 32" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 20 cm)	36
06' 32"—07' 04"	40
07' 04"—07' 34" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 15 cm)	40
17' 04"—18' 04"	60
18' 04"—18' 59"	45
20' 10"—21' 10"	54
22' 00"—22' 12" Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 10 cm)	54
30' 00'—31' 00"	24

Z powyższego zestawienia wyraźnie widać, że wstrzyknięcie chlorku potasu w czasie ustania oddychania, wywołanego przez drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego przywraca po kilku sekundach oddychanie. Wskazuje to na to, że przez działanie chlorku potasu na ośrodki oddechowe zostały one wprowadzone w taki stan, że niweczyły hamujący wpływ nerwu błędnego. Dalsze drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego przy tej samej sile prądu nie wywołało już bezdechu. Zastosowanie jednakże prądu silniejszego (o. c. 20 cm) spowodowało ustanie oddychania, najwidoczniej z powodu zbyt małej dawki potasu. Ponowne wstrzyknięcie chlorku potasu pod błonę szczytowo-potyliczną przeszkodziło powstaniu bezdechu, nawet przy drażnieniu dośrodkowego końca nerwu błędnego bardzo silnym prądem (o. c. 15; 10; 0 cm). Chlorek potasu wprowadził ośrodek oddechowy w taki stan, że odruch oddechowy stawał się coraz trudniejszy i w końcu zniknął.

Identyczne wyniki uzyskałem w pięciu podobnych doświadczeniach.

Następne doświadczenia miały na celu stwierdzenie i wyjaśnienie działania strychniny na odruchowe zahamowanie oddechu, wywołane drażnieniem dośrodkowego końca nerwu błędnego.

Doświadczenie VI. 17. X. 1928.

Pies: wagi 15 kg. Uśpienie eterem. Oddech zapisywano jak w doświadczeniu poprzedniem.

Czas	Ilość oddechów na minutę
12 h 00'—12 h 01' przed wstrzyknięciem strychniny	72
01' 00"—01' 11" Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 15 cm)	0
01' 11"—02' 15"	40
02' 15"—02' 31" Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 15 cm)	0
02' 31"—03' 31"	40
03' 31"—04' 35" Wstrzyk. 1 cm^3 0,1% azot. strychniny pod błonę szczyt.-potyl.	
03' 31"—04' 52"	40
04' 52"—06' 03" Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 15 cm)	48
06' 03"—06' 36"	42
06' 36"—06' 43" Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 10 cm)	
06' 36"—07' 13"	60

Dalsze drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego tym samym i silniejszym prądem indukcyjnym (o. c. 15, 10, 0 cm) nie powodowało ustania oddychania.

Czas	Ilość oddechów na minutę
13' 00"—13' 01"	90
01' 00"—01' 08" Wstrzyk. 1 cm^3 1% KCl pod błonę szczytowo-potyl.	
03' 00"—04' 00"	24

Drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego — bezskuteczne.

Strychnina zatem, podobnie, jak chlorek potasu uniemożliwia wywołanie odruchowego bezdechu, mimo, że symptomatycznie inaczej działa na ośrodki oddechowe, niż jon potasu, który rzecz można prawidłowo tonizuje jego stan. Widocznem jest to wówczas, gdy po dodaniu strychniny z kolei zastososuje się KCl. N. p. po strychninie ilość oddechów w przytoczonem doświadczeniu wzrosła do 90 na minutę, a po dodaniu chlorku potasu zmniejszyła się po 2' do 24 w minucie, a więc do granic prawidłowych.

Regulacja oddychania przez jon potasowy, wykazana przez Hilarowicza i Szajnę znachodzi potwierdzenie w tych doświadczeniach.

Wnioski:

1) Jon potasu, działający wprost na dno IV komory niweczy hamujący wpływ drażnienia dośrodkowego końca nerwu błędnego na oddychanie.

2) Własność ta nie jest specyficzną dla jonów potasu, gdyż takie same działanie wykazuje strychnina, stosowana wprost na dno IV-tej komory.

3) Jon potasu przywraca ośrodkom oddechowym normalne napięcie, patologicznie wzmożone wskutek działania strychniny.

Piśmiennictwo:

1) Hoppe-Seyler: Hoppe-Seilers Zeitschrift f. physiol. chem. Bd. 3. S. 105, 1879. — 2) Weil: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 54. S. 209. — 3) Ph. Knoll: Sitzungsber. d. Akad. Wien, III. Abt., Bd. 74, 1876. — 4)C. Foà: Ergeb. d. Physiol. Bd. 11. S. 581. — 5) Eisenhardt: Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 146. S. 452. — 6) Rosenthal: Hermanns Handb. d. Physiol. Bd. IV/2. S. 273. — 7) Ozorio di Almeida: Journ. de physiol. et pathol. gen. Bd. 15, 1914. — 8) Henderson: Americ. Journ. of physiol. Bd. 25, 1910. — 9) Hilarowicz i Szajna: Zeitschrift f. d. ges. exp. Medizin, Bd. 64, Nr. 5 i 6, S. 772. 1929. — 10) Dooley a. Andrews: Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 20. S. 5. 1923. — 11) Davies, Holdane a. Priestley: Journ. of physiol. Bd. 53. 1919/20. — 12) Lewandowsky: Arch. f. Anat. u. Physiol. Bd. 60. S. 134. 1922. — 13) Macleod a. Page: Americ. Journ. of physiol. Bd. 60. S. 134. 1922. — 14) Hilarowicz i Szajna: Pol. Gaz. Lekarska. Nr. 24, 1929 r.

Teodor ŁAPIŃSKI. Warszawa.

Cele i zadania spółczesnej psychjatrji społecznej, ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb Warszawy.

Liczba psychicznie chorych stale wzrasta, według obliczeń wypada po 4% rocznie, tak, że w ciągu 25 lat liczba ich podwoi się, i Warszawa n. p. będzie miała 6000 obłąkanych. Stan taki trwoży nawet świetnie zorganizowane Niemcy; doroczny Zjazd psychjatrów niemieckich, który odbył się w maju r. b. w Gdańsku i na którym byłem dzięki subsydjum Magistratu, rozpoczął słynny Kolb z Erlangen, psychjatra i budowniczy w jednej osobie, który w świetnie opracowanym referacie głównym zobrazował przyszłą budowę zakładów psychjatrycznych (Die

künftige Gestaltung der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der offenen Fürsorge, der offenen Nervenabteilungen und Abteilungen für Süchtige). Zakładów nie przybywa, a sanatorja prywatne stoją pustkami. Zakłady psychjatryczne są przepełnione, z powodu głodu mieszkaniowego i braku pracy zubożałe społeczeństwo niema na utrzymanie chorych w domu i zmuszone jest trzymać swych krewnych poza domem. Dzieci nienormalne, które dawniej, przed wojną, przebywały w sanatorjach prywatnych lub też były trzymane w domu, obecnie szukają pomieszczenia w zakładach psychjatrycznych; z tych samych powodów szereg przypadków organicznego cierpienia mózgu w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak n. p. rozmaite niedowłady, niedomagania psychiczne wieku podeszłego również nie znajdują miejsca w domu własnym. Zakład tedy winien mieć pawilon dla dzieci ze szkołą i budynek dla osobników zniedołężniałych; potrzebny jest również pawilon oddzielny dla lekkich przypadków epilepsji, histerji, psychopatji i t. p., które dzięki częstym nawrotom wymagają od czasu do czasu internowania w zakładzie. Niezbędny jest również pawilon dla narkomanów i t. zw. pensjonarski I i II klasy dla ludności zamożniejszej, która obecnie wywozi swych chorych za granicę, w najlepszym zaś razie lokuje w zakładach w Poznańskiem lub na Pomorzu.

Zakład nietylko leczy i opiekuje się chorymi, obowiązany on jest również szerzyć higjenę psychiczną, jednocześnie zaś spółdziałać z instytucjami rządowemi, komunalnemi i prywatnemi, które postawiły sobie za zadanie zdrowie publiczne. Mając ściśle określony teren działania, zakład winien przyjmować wszystkich zgłaszających się psychicznie chorych, oczywiście z zastrzeżeniem, że obłąkany kierowany będzie do zakładu po wszechstronnem zbadaniu. Wdzięczne pole dla klinik psychjatrycznych stanowi pouczenie lekarzy o istocie obłąkania; trzeba by wiedzieli nawet lekarze wolno praktykujący, kiedy potrzebny dla chorego zakład; wtedy wypadki lżejsze trafiać będą wprost do opieki rodzinnej, lekarze zaś niepsychjatrzy będą świadomie spółdziałać z zakładami psychjatrycznemi. Po ustąpieniu zaburzeń ostrych chory winien, oczywiście o ile tego wymaga stan jego zdrowia i o ile to nie grozi otoczeniu, możliwie prędzej opuszczać zakład, tembardziej że przedłużający się pobyt w zakładzie zamkniętym może odbić się ujemnie na zdrowiu obłąkanego. Liczba zachorzeń lekkich wzrasta, czas pobytu chorego w zakładzie skraca się. Zakład psychjatryczny staje się coraz więcej podobnym do szpitala, chodzi o to, by on jaknajwięcej upodobniał się do mieszkania prywatnego. Po za leczeniem i opieką nad chorymi pozostającymi w jego murach zakład winien znać wszystkie jednostki anormalne i psychicznie chore, mieszkające na terenie działalności danego zakładu, i roztaczać nad nimi fachową opiekę.

Chory w zakładzie winien być indywidualizowany, po za zwykłemi pawilonami w otwartej części zakładu przewidywać należy pawilony bez służby, dalej domki, gdzieby zaufana służba miała w swojej opiece psychicznie chorych i wdrażała ich do systematycznej pracy, domki takie mieszczą się na terenie zakładowym w murach i po murami jego i stanowią wstęp do przechodzenia chorych po za teren zakładu do rodzin swoich lub obcych, przyczem pozostają nadal pupilami zakładu. Następny etap to już zupełna wolność; oczywiście taki wyzwoleniec musi mieć zabezpieczoną pracę, mieszkanie i utrzymanie. Zakład przedewszystkiem ma na celu wracać społeczeństwu jednostki w stanie zdrowia i zdolności do życia; winien przeto u swych chorych stosować pracę w jaknajszerszym zakresie, jedynie bowiem praca wraca choremu zaufanie w swe siły, zwalcza autyzm i kompleksy, wreszcie chory dzięki pracy nie zatraca poczucia odpowiedzialności. B r a t z nadaje wielkie znaczenie sotpniowaniu w traktowaniu chorych w zakładzie; po przejściu zaburzeń ostrych obłąkany w razie możności przechodzi do otwartej części zakładu, skąd, o ile stan zdrowia pozwoli, do opieki rodzinnej na terenie zakładowym początkowo w murach, a potem po za ogrodzeniem zakładowem. Następne stadjum to pobyt w rodzinie swojej i obcej po za terenem zakładowym, wreszcie wolność. Istnieją chorzy, którzy nie nadają się do opeki rodzinnej, dla takich potrzebne jest na terenie zakładowym pomieszczenie bez służby, wstępny etap do przyszłego życia na wolności.

Jedną z najistotniejszych cech dobrego zakładu jest jego dostępność — łatwość dostania się do niego. Również łatwo w państwach z racjonalnie postawioną opieką psychjatryczną i opuścić szpital. Bez dobrze pomyślanej i prawidłowo zorganizowanej przy zakładzie opieki rodzinnej jest to rzecz nie do wykonania. Na pierwszy rzut oka rzecz się wydaje bardzo prosta, bo cóż łatwiejszego jak wypisać ze szpitala wszystkich chorych nie wymagających dalszego pobytu w zakładzie. W rzeczywistości szereg mieszkańców zakładu po opuszczeniu zakładu niemą gdzie się udać, a przytem wymaga jeszcze opieki i pomocy materjalnej. Nie ulega jednak wątpliwości, że wczesne wypisanie zaraz po ustąpieniu objawów ostrych może wywrzeć na chorego wpływ bardzo zbawienny. Za przykładem B l e u l e r a powstała o tem cała literatura: znalazło to swój oddźwięk i na tegorocznym zjeździe niemieckich psychjatrów w Gdańsku i posłużyło za temat dla drugiego referatu programowego o wczesnem wypisywaniu schizofreników.

Do niedawna większość psychjatrów hołdowała zasadzie, że obłąkany musi pozostawać w szpitalu aż do ustąpienia zaburzeń psychicznych, nieliczni tylko z B l e u l e r e m na czele zaczęli od niedawna przemawiać na korzyść dobroczynnego wpływu wczesnego wypisywania psychicznie chorych z zakładu. Wojna z jej nędzą w latach 1917 — 1922 zmusiła zakłady do wczesnego wypisywania psychicznie chorych ze szpitali. Obecnie sposób ten stosuje się w Niemczech na szeroką skalę. Coraz częściej daje się słyszeć zdanie, że długotrwałe internowanie w szpitalu, jeżeli jest stosowane lekkomyślnie i bez naglącej potrzeby ujemnie się odbija na zdrowiu psychicznem chorego. Wczesne wypisywanie obłąkanych z zakładu polega na tem, że chory wypisuje się po ustąpieniu objawów ostrych — chociaż pozostaje szereg sporadycznych złudzeń, urojeń, pewne zdenerwowanie i t. d. Najwięcej nadają się do wczesnego opuszczania zakładu, schizofrenicy, nie nadają się wcale wypadki psychozy manjakalno-depressyjnej i większość psychoź organicznego pochodzenia. Każdy poszczególny przypadek przed wypisaniem należy wszechstronnie rozważyć. Jeżeli otoczenie chorego nie nadaje się do opiekowania się obłąkanym, wypadnie go umieścić u ludzi obcych. Początkowo obawiano się bardzo wczesnego wypisywania, rozpisana jednak w tej sprawie ankieta w większości wypadków stwierdza płonność obaw. W każdym razie należy pamiętać o pewnych ujemnych stronach wczesnego wypisywania i lekkomyślnie do tego środka nie uciekać się. Wielu autorów niemieckich uważa wczesne wypisywanie za środek radykalny na przepełnienie zakładu, oczywiście z warunkiem że chorzy wypisywani byli odpowiednio w zakładzie leczeni i wychowywani, przedewszystkiem zaś, że zakład wdrażał ich do pracy, wyrabiając w taki sposób zaufanie we własne siły i odpowiedzialność za czyny i że po drugie istnieje przy zakładzie zorganizowana opieka rodzinna z fachowo wyszkolonym personalem. Pożądanem jest również, by otaczające władze i społeczeństwo było uświadomione co do istoty choroby psychicznej. Wiele rodzin z powodu obłąkania głowy swej wpada w nędzę.

Dyrektor zakładu winien mieć przeto specjalny fundusz na wspomaganie ozdrowionego i jego rodziny przez pewien czas. Znacznie więcej w takich warunkach chorych się wypisuje; dalej należy przewidywać zapomogi dla jednostek, których choroba związana jest z kosztami i pogarsza warunki materjalne; na to gmina nie powinna żałować pieniędzy, gdyż ułatwione wypisywanie zwiększa sprawność zakładu psychjatrycznego. Rozwój opieki rodzinnej u swoich lub obcych ma dlatego wszystkie szanse powodzeń, że wielu z naszych pupilów woli własne nawet najskromniejsze mieszkanie, niż obszerne nawet z komfortem urządzone pomieszczenie zakładowe. W Belgji przed wojną istniały zakłady, które w opiece rodzinnej skupiały w swych okolicach setki psychicznie chorych; istniała opieka rodzinna i w innych państwach, lecz wojna doprowadziła do ruiny te pożyteczne instytucje. Obecnie gdy rany zadane krwawemi zapasami zaczynają się zabliźniać, opieka rodzinna w Niemczech zaczyna rozwijać się na nowo z tą różnicą, że przeważa umieszczanie chorych za pewną dopłatą w ich własnych rodzinach, rzecz zupełnie naturalna, gdyż kto jak nie swoi są powołani do pomagania i opiekowania się swoimi w nieszczęściu. W razach gdy rodzina własna z tych czy innych powodów nie nadaje się do opiekowania się psychicznie chorymi, niema odpowiedniego mieszkania lub pozostaje bez środków do życia, umieszcza się chorych w rodzinach obcych. Opieka rodzinna może funkcjonować prawidłowo tylko pod zarządem zakładu psychjatrycznego, instytucji, której zależy na sprawnem działaniu opieki rodzinnej. Pupil opieki rodzinnej znajduje się nadal pod opieką zakładu. Zakładowi stawia się nowe żadania, musi on wybierać rodziny, gdzieby chorzy zamieszkali, również jest jego obowiązkiem wybierać chorych zdatnych do opieki i t. d. Dr. K o l b z Erlangen pracuje na tem polu już od 20 lat i obecnie w opiece rodzinnej posiada 3300 chorych psychicznie i anormalnych (zakład jego obsługuje teren z 700.000 mieszkańcami). Zatrudnia K o l b w opiece rodzinnej 3 lekarzy, 6 pielęgniarek, 1 urzędnika i szereg sił pomocniczych. Opieka rodzinna Erlangen funkcjonuje podobno idealnie, nic dziwnego, że w takich warunkach K o l b może przeprowadzać w swym zakładzie stopniowanie w traktowaniu obłąkanych; łatwo mu przenieść chorego z części zakładu zamkniętej do otwartej, a stąd do opieki rodzinnej na terenie zakładowym lub do pawilonu bez służby; wreszcie chory dostaje się na wolność. Wspomina K o l b, jak to 20 lat temu w Monachjum referował swoje zamiary w gronie psychjatrów; spotkał go ogólny

sprzeciw, teraz zaś dawniejsi najzagorzalsi przeciwnicy odzywają się z uznaniem jego pracy i w zupełności przyznają mu rację.

Do opieki rodzinnej u swoich lub obcych nadają się przedewszystkiem chorzy, niewymagający leczenia zakładowego, którym pobyt w zakładzie jest niepotrzebny i nawet może zaszkodzić; nadają się również do opieki oczywiście po wszechstronnem zbadaniu i obłąkani, którym zakład cięży i którzy na wszelki sposób pragną z niego się wydostać; w takich razach, podobnież jak w razach wątpliwych, gdy nie ustalono jeszcze, czy się dany osobnik nadaje do opieki, wskazane jest przydanie choremu oddzielnego pielęgniarza. Wyłączeni są z opieki rodzinnej chorzy psychicznie, zagrażający bezpieczeństwu i moralności publicznej, najodpowiedniejszymi okazują się po ustąpieniu objawów ostrych schizofrenicy; zwracać szczególną uwagę należy na chorych usposobionych erotycznie, takich do opieki należy umieszczać z wielką ostrożnością, chory znajdujący się w opiece rodzinnej pozostaje nadal pupilem zakładu, wszelkiemi siłami starać się jednak należy, by opieka trwała możliwie krócej. W każdym razie tylko człowieka zdolnego do pracy można wypuścić z pod opieki rodzinnej na wolność i to jedynie takiego, który ma ustalony byt przynajmniej na najbliższą przyszłość, jest ubezpieczony w razie choroby, wypadku lub niedołęstwa. Osobnik puszczony na wolność musi ustalić miejsce swego pobytu i zostaje wtedy skreślony z księgi głównej. O ile ozdrowieniec dany nie może jeszcze obyć się bez opieki, starać się należy by koszty związane z opieką były jaknajmniejsze lub zostały przeniesione na rodzinę chorego.

W myśl danych, tylko co przytoczonych, o zadaniach i celach psychjatrji społecznej spółczesnej możemy znajdujących się pod opieką zakładu w Erlangen chorych psychicznie podzielić na następujące kategorje:

I. Chorych zapisanych do księgi głównej zakładu:

a) znajdujących się w zakładzie,

b) przebywających w rodzinach obcych: tacy wpłacają mniej więcej połowę kosztów utrzymania w zakładzie,

c) znajdujących się w rodzinach własnych, opłata pobierana od nich wynosi plus minus $^1/_3$ kosztów zakładowych,

d) wreszcie takich, którzy w zakładzie nie byli, a zapomogę otrzymują,

II. Pensjonarjuszy zakładowych dawniejszych:

a) tych którzy zostali umieszczeni w zakładach dobroczynnych z opłatą od $^1/_2$ do $^1/_3$ kosztów zakładowych,

b) tych, którzy otrzymali urlop do 6 miesięcy i dostawali zapomogi,

c) tych z otrzymujących zapomogi, którym urlop się skończył.

III. Obłąkanych i jednostki anormalne, którzy nigdy w zakładzie nie byli i z zapomogi korzystają rzadko.

Z tego krótkiego zestawienia widać, że opieka rodzinna i leczenie chorych w zakładzie stanowią jedną całość i wzajemnie się dopełniają. Zorganizowanie i prowadzenie opieki rodzinnej przysparzają zakładowi sporo pracy. Z opróżnianiem się miejsc szpitalnych i ułatwionym dostępem do zakładu przybywa pracy na oddziałach, samo zaś prowadzenie opieki rodzinnej przysparza odpowiedzialności dyrektorowi zakładu, zwiększa się również praca biurowa. Wobec tego bez odpowiedniego powiększenia personalu lekarskiego, pielęgniarskiego, biurowego i gospodarskiego zorganizowanie i uruchomienie przy zakładzie opieki rodzinnej nie da się uskutecznić. Środki na to winno łożyć państwo, gmina, instytucje uprawnione, wreszcie rodzina chorych. Oczywiście sprawozdanie z działalności zakładu i opieki rodzinnej powinno być corocznie wydawane.

W powrotnej drodze z Gdańska, wstąpiliśmy do Kocborowa, spędziliśmy tam dzień jeden. Zakład istnieje 34 rok, posiada ziemi koło 600 morgów magdeburskich i jest obliczony na 1000 chorych. Obecnie wobec napływu chorych z Zakładów w Tworkach, Kobierzynie, Kulparkowie i Łodzi mieści się zgórą 1300 pensjonarjuszy. W roku 1925 przybyło w ciągu roku 295 pensjonarjuszy, ubyło 160, przeciętny stan dzienny pacjentów dosiągał 1154 — 1197. Stawki dzienne za utrzymanie i leczenie pacjentów podzielone są na 4 klasy, są przytem inne: dla mieszkańców Pomorza (I klasa 4,50 — 6,00; II klasa 3,50 — 4,00; III klasa 2,20 — 2,50; IV klasa 1 — 50), inne dla chorych pochodzących z innych województw I (klasa 7,00; II klasa 5,00; III klasa 3,50; IV klasa 2,20 — 3,00), inne dla obcokrajowców (I klasa 9,00; II klasa 7,50; III klasa 5,00; IV klasa 4,00) inne były na początku 1925 roku, zmieniły się od maja; wreszcie oddzielna IV tabela kosztów istnieje dla ubogich. Liczba dni wyżywienia wyniosła w 1925 r. 422.713, z tego 228,226 dni spędzili mężczyźni i 194.497 kobiety; w pracy spędzili mężczyźni 109.495 i kobiety 92.700 dni, przeciętnie pracowało dziennie 362 mężczyzn i 307 kobiet. Dzięki napływowi chorych z innych okolic, którzy płacą więcej niż to kosztuje zakład, dalej dzięki gospodarstwu wiejskiemu postawionemu na szeroką skalę (42 krowy dojne), Zakład w Kocborowie sam sobie wystarczy, i w roku 1925 otrzymał zasiłku zGłównej Kasy Starostwa Krajowego tylko 45.335,66 zł. Warsztaty pracują przeważnie nad wykonaniem nowych rzeczy i reperacji dla zakładu; niema pracy jako środka leczniczego. Do pozazdroszczenia są duże widne sale, zwraca uwagę basen, gdzie chorzy mogą pływać, wreszcie łaźnie wybudowane dla chorych w celach leczniczych.

Na zakończenie kilka słów o położeniu psychjatrji u nas, i najbliższe zamierzenia i dezyderaty na przyszłość. Otóż Warszawie stale brak miejsc. Za przykładem zachodniej Europy dzięki pomocy ministerstwa pracy i opieki społecznej grono ludzi dobrej woli zapoczątkowało w roku ubiegłym opiekę pozazakładową nad obłąkanymi, pozostającymi we własnych rodzinach. Lekarz udziela porad i wraz z wywiadowczynią z ramienia sekcji odwiedza ich w domu, poucza rodziny jak mają się obchodzić z chorymi. Starają się zająć ich jakąś pracą, pomagają załatwiać sprawy, wreszcie za ich wskazówkami sekcja subsydjuje potrzebujących pieniądzmi i w naturze. Organizacja ma wszystkie szanse powodzenia i rozwija się stopniowo lecz stale, przeciętnie miesięcznie mieliśmy w swej opiece koło 50 pupilów. Wydatki wynosiły miesięcznie około 1.500 zł. Od 1 kwietnia szpital otrzymuje od Magistratu tysiąc złotych miesięcznie na subsydjowanie ubogich obłąkanych i ich rodzin, znajdujących się poza murami szpitala. Obecnie jesteśmy w poszukiwaniu lokalu, gdzieby nasi pupile schodzili się i spędzali pożytecznie czas w pracy, pod kierunkiem fachowych ludzi, zamierzamy wprowadzić kąpiele przynajmniej raz na miesiąc dla swych pupilów i t. d. Są to zamierzenia bardzo celowe, lecz na miljonowe miasto i stolicę trochę za mizerne. Ma powstać w okolicach Warszawy zakład dla psychicznie chorych mieszkańców stolicy. Winien on być tak zbudowany, by można było na szeroką skalę stosować system leczenia w warsztatach pracą i na poszczególnych oddziałach, jako środkiem leczniczym zbliżającym chorego do społeczeństwa, a po drugie należy zakład tak rozplanować, by możliwem było zastosowanie w całej rozciągłości zalecanego przez B r a t z a systemu stopniowania w traktowaniu obłąkanych. W tym celu należy przewidzieć w otwartej części pawilon bez służby i domki dla opieki rodzinnej u zaufanej służby na terenie zakładu. Przy szpitalu zaś Jana Bożego winna się tymczasem rozwinąć na szeroką skalę opieka rodzinna nie tylko nad biednymi, lecz i zamożniejszymi psychicznie chorymi. W takim tylko razie nowo powstającemu zakładowi nie będzie groziło szybkie przepełnienie. Będzie on mógł przyjmować wszystkich zgłaszających się, nadmiar zaś kierować do opieki rodzinnej, która z czasem rozwinąć się musi i przy nowym zakładzie Jana Bożego. Środki czerpać będzie opieka rodzinna od państwa, miasta, kas chorych, rozmaitych urzędów, gdzie chorzy pracowali, wreszcie od samych chorych.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Kazimierz TYSZKA, st. asyst. kliniki. Lwów.

W sprawie gruźlicy wśród młodzieży szkół wyższych we Lwowie i jej zwalczania [1]).

Z Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. R. R e n c k i.

Senat Uniwersytetu J. K. we Lwowie jeszcze w roku 1921/22 stworzył komisję Senatu Akademickiego dla spraw młodzieży, której poruczył organizację i prowadzenie akcji pomocy materjalnej młodzieży. Z początkiem roku akademickiego 1924/25 Ministerstwo W. R. O. P. zarządziło tworzenie kas chorych dla studentów szkół wyższych i pobieranie opłaty 6-złotowej na cele zdrowotne młodzieży [2]). Senat Akademicki U. J. K. poruczył zorganizowanie kasy chorych Komisji Senatu Akademickiego dla spraw młodzieży, która rozpoczęła funkcje swe z dniem 1 stycznia 1925 r. W najbliższych miesiącach przyłączyły się do akcji Uniwersytetu Politechnika lwowska i Akademja Medycyny Weterynaryjnej. Celem udogodnienia współpracy Komisja Senacka zaprosiła do swego łona delegatów Senatu Politechniki i grona profesorów Akademji Medycyny Weterynaryjnej i razem z delegatami największych towarzystw samopomocowych wszystkich trzech szkół wyższych odbywa od tego czasu osobne posiedzenia w sprawach zdrowotnych lwowskiej młodzieży akademickiej.

---

[1]) Sprawozdanie z działalności „Opieki zdrowotnej nad studentami szkół wyższych we Lwowie".

[2]) Zgodnie z wnioskami Senatów wszystkich trzech uczelni Ministerstwo W. R. O. P. podwyższyło w szkołach akademickich lwowskich opłatę na cele zdrowotne w roku akad. 1925/26 z 6 na 9 zł rocznie, w r. 1926/27 na 12 zł, a w roku 1927/28 na 15 złotych.

Inicjatywę, organizację i dalszą pracę nad rozwojem Opieki Zdrowotnej nad studentami szkół wyższych zawdzięcza młodzież Profesorowi Doktorowi Henrykowi H a l b a n o w i.

Od początku istnienia kasa chorych nazwana Opieką Zdrowotną dla odróżnienia od ogólnych kas chorych zorganizowała pomoc lekarską we wszystkich działach medycyny i to prawie wyłącznie przy pomocy klinik uniwersyteckich, a więc kierowników klinik i asystentów z wyjątkiem dentystyki, w którym to dziale ordynują lekarze umówieni w swoich ordynacjach prywatnych. Tylko pomocy zakładów klinicznych zawdzięcza Opieka zdrowotna, że stosunkowo małemi środkami może wykonać tak wielki ogrom pracy. Z natury rzeczy Opieka Zdrowotna szczególną swoją uwagę zwróciła na choroby nie tylko o znaczeniu indywidualnem ale i społecznem, a więc na dział chorób wenerycznych i chorób płucnych. Zadaniem niniejszego artykułu jest podanie krótkiego zarysu o organizacji walki z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej.

Chorych, u których stwierdzono lub też podejrzewano schorzenia gruźlicze, skierowują lekarze „Opieki Zdrowotnej" do Przychodni przeciwgruźliczej przy klinice chorób wewnętrznych, gdzie bada się chorych, przeprowadzając równocześnie badania pomocnicze (mierzenie ciepłoty ciała, prześwietlania promieniami Roentgena, określania chyżości opadania czerwonych ciałek krwi, badania plwociny i t. d.). U niektórych chorych badania te powtarza się w miarę potrzeby. Studenci (tki), u których stwierdzono jakąkolwiek sprawę gruźliczą pozostają stale, do końca studjów, pod opieką lekarską Przychodni i w ciągu roku akademickiego zgłaszając się do następnych badań nie biorą już nowych poleceń, ponieważ karta polecająca uprawnia studenta (tkę) do korzystania z leczenia przez cały okres tej samej choroby. Dla ułatwienia ewidencji, Przychodnia przeciwgruźlica prowadzi własną kartotekę; chorych nie zgłaszających się do ponownego badania w czasie oznaczonym przez lekarzy odwiedza w domu wywiadowczyni Przychodni.

W roku szkolnym 1927/28 ilość studentów (tek) leczonych w Przychodni zpowodu gruźlicy płuc lub gruczołowej wynosiła 449 osób, co stanowi 5,3% ogółu młodzieży studjującej w wyższych zakładach naukowych we Lwowie (8.385, w tem 6.553 mężczyzn, 78,15% i 1832 kobiet — 21,85%).

Wśród tych 449 chorych znajduje się 294 mężczyzn (65,5%) i 155 kobiet (34,5%). Powyższe liczby wskazują, że zaledwie 4,48% ogółu młodzieży męskiej leczy się w Przychodni, gdy tymczasem ilość leczących się kobiet wynosi 8,51% ogólnej ilości studjujących kobiet. Nie dowodzi to jednak, że ilość studentek chorych na gruźlicę była dwukrotnie większa, a jedynie, że znaczna część studentek chorych zgłasza się do leczenia, gdy tymczasem ilość zgłaszających się studentów jest daleko mniejsza od rzeczywistej liczby gruźliczo chorych.

Ilość chorych, leczonych z powodu różnych postaci gruźlicy jest w roku sprawozdawczym przeszło dwukrotnie większa, niż w roku zeszłym. Zjawisko to nie może być jednak uważane za wzrost bezwzględnej ilości gruźlicy wśród młodzieży naszej. Jest ono raczej dowodem przyzwyczajenia się młodzieży do „Opieki Zdrowotnej", nabierania zaufania do tej instytucji, zrozumienia korzyści, wynikających z leczenia wcześnie stosowanego, a pozatem także dowodem zwiększającej się sprawności „Opieki Zdrowotnej". To ostatnie twierdzenie nie jest gołosłowne, zauważono bowiem, że stopniowe systematyczne badanie mieszkańców Domów akademickich przyczyniło się do stwierdzenia nietylko pojedyńczych przypadków ciężkich postaci gruźlicy otwartej, ale przedewszystkiem do wykrycia znacznej liczby przypadków gruźlicy początkującej i gruczołowej. Chorzy ci albo lekceważyli swój stan, albo też wogóle o nim nie wiedzieli. Zajęcie się tymi, niestety o wiele liczniejszymi przypadkami, aniżeli można się było spodziewać, powiększyło znacznie liczbę leczonych. Na ogólną liczbę 449 osób leczonych w Przychodni składa się: 70 przypadków gruźlicy rozwiniętej, często rozpadowej, 145 przypadków początkowej i 234 — gruczołowej. Dodając dwie pierwsze grupy do siebie otrzymamy razem 215 przypadków gruźlicy rozwiniętej i początkowej, co stanowi 2,56% ogółu studjującej młodzieży w wyższych Zakładach naukowych Lwowa. Z tych 215 chorych — 163, a więc 75,8% wysłano do Zakopanego, względnie do innych miejscowości klimatycznych, celem przeprowadzenia leczenia.

Podkreślić należy, że chorym tej grupy „Opieka" nie odmówiła nigdy pomocy finansowej celem leczenia klimatycznego, a ta część t. j. 52 (24,2%), których „Opieka" nie wysłała, nie chciała przyjąć pomocy, mimo zachęcania ich przez lekarzy „Opieki". Powodem tego była o ile nie rozchodziło się o młodzież zamożniejszą, chęć szybkiego ukończenia studjów.

Jeżeli więc do 75,81% chorych na gruźlicę początkową i rozwiniętą, wysłanych przez „Opiekę", doliczymy nieznaczny procent młodzieży zamożniejszej, leczącej się na własny koszt, i studentów (tki), których rodzice — zamieszkując okolice dla leczenia odpowiednie — podjęli się ich leczenia w warunkach domowych, to możemy śmiało twierdzić, że przynajmniej 90% młodzieży, której lekarze Przychodni polecili przerwanie studjów i intenzywne leczenie, uzyskało potrzebną pomoc.

„Opieka Zdrowotna" umieszczała gruźliczo chorych przedewszystkiem w Zakopanem, starając się o uzyskanie miejsc dla lżej chorych w Sanatorjum Bratniej Pomocy, a w cięższych przypadkach w szpitalu klimatycznym. I tak w roku akademickim 1927/28 Dom Zdrowia Bratniej Pomocy przyjął 28, a Szpital klimatyczny w Zakopanem 19, w pensjonatach zaś umieszczono także 19 członków „Opieki Zdrowotnej". Ogółem więc w samem Zakopanem „Opieka Zdrowotna" zdołała umieścić 66 osób. W sanatorjum dla gruźliczo chorych w Hołosku pod Lwowem było w leczeniu 2 studentów, pozatem umieszczono w różnych miejscowościach klimatycznych, a mianowicie w Delatynie, Jaremczu, Tatarowie, Dorze, Worochcie, Mizuniu, Jabłonowie, Kowańcu, Zaleszczykach, a więc przeważnie w miejscowościach podgórskich około 80 członków „Opieki", kilka osób i to szczególnie cierpiących na gruźlicę gruczołową i kostną w Rabce i Iwoniczu. Dla 11 studentek, źle odżywionych, ze stanami podgorączkowemi, a bez wyraźnych zmian gruźliczych wynajęto w Morszynie leśniczówkę w miejscu słonecznem pod lasem położonem, gdzie zapewniono im bardzo pożywne odżywianie i urządzono prymitywną leżalnię. Wynajęcie leśniczówki zarówno jak i pomoc w urządzeniu jej zawdzięcza „Opieka Zdrowia" p. Prof. Dr. R. R e n c k i e m u, Prezesowi Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich które jest właścicielem Morszyna. Dyrekcja Zakładu kąpielowego w Morszynie zezwoliła studentkom na bezpłatne używanie urządzeń wodoleczniczych, a kąpieli solankowych za bardzo niską opłatą.

Szczególnie podnieść należy, że znaczna część chorych z rozwiniętą gruźlicą — gdyż 40-tu na 70-ciu chorych — przebywała przez czas dłuższy (4 — 8 tygodni) na Oddziale gruźliczym II Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie, skąd dopiero po dokładnem zbadaniu, obserwacji i rozpoczęciu leczenia (np. sztuczna odma piersiowa) w miarę uzyskania miejsc wysyłano chorych do sanatorjów lub pensjonatów w miejscach klimatycznych.

Przyjmowanie chorych akademików do kliniki, które zawdzięczamy niezwykłej życzliwości dla sekcji „Opieki Zdrowotnej" p. Prof. Dr. R. R e n c k i e m u jest nie tylko niejednokrotnie wielkiem dobrodziejstwem dla chorych, ale ponadto ma ogromne znaczenie społeczne; przeważna bowiem ilość ciężko chorych rekrutuje się z pośród najniezamożniejszej młodzieży akademickiej, a temsamem mieszkańców domów akademickich. Przyjęcie natychmiastowe chorych — po stwierdzeniu otwartej gruźlicy — chroni zdrowych współmieszkańców przed grożącem zakażeniem. Natychmiastowe wyłączanie chorych z domów akademickich jest tem ważniejsze, że po przeprowadzeniu leczenia w miejscowościach klimatycznych studenci (tki) powracają do domów akademickich tylko w razie odpowiedniej poprawy. Zarząd „Opieki" dokłada wszelkich starań, ażeby chorzy, przedstawiający jakiekolwiek niebezpieczeństwo dla otoczenia nie byli przyjmowani z powrotem do domów akademickich, względnie — jeżeli stan ich zdrowia na to pozwala — otrzymywali pomieszczenia wspólne z jednostkami o podobnym stanie zdrowia.

Podane powyżej zestawienie działalności „Opieki Zdrowotnej" w dziedzinie zwalczania gruźlicy od początku istnienia „Opieki" wykazuje w pierwszych dwóch latach braki; pochodzi to stąd, że dopiero z rozwojem organizacji także i pod względem finansowym można było ordynatorów „Opieki" obciążyć prowadzeniem statystyki.

Z tego zestawienia podnieść należy:

1) Na ogólną ilość (8385) studjujących w roku akademickim 1927/28 zgłosiło się do badania wewnętrznego 1841 osób; z tej ilości 449 chorych było następnie leczonych w Przychodni z powodu różnych postaci gruźlicy, co stanowi 5,3% ogółu studjujących, a 24,4% zgłaszających się do badania wewnętrznego, nie wliczając 25 przypadków gruźlicy kości i stawów (podanych w statystyce działu chorób chirurgicznych).

2) Ilość chorych z rozwiniętą, często rozpadową gruźlicą wynosi w roku 1927/28 — 70 osób, z których 50% zgłosiła się do badania bądźto narzekając na „przeziębienie", „grypę", lub też z powodu innych, jak np. zaburzenia żołądkowe, nic nie wiedząc o tem, że chorują na gruźlicę płuc;

3) Łącznie ze wzrostem ogólnej ilości chorych na gruźlicę wzrasta też ilość leczonych klimatycznie: gdy w roku 1924/25 wynosiła ona 36 osób (koszta leczenia 7.937), to w roku sprawozdawczym 1927/28 wynosi ona 162 osób (koszta leczenia zł 48.493). Odpowiednio też wzrosła ilość osób leczonych z powodu gruźlicy płuc w Klinice chorób wewnętrznych.

Liczby te świadczą z jednej strony o ogromie pracy, przedsięwziętej przez „Opiekę Zdrowotną", z drugiej jednak są niepokojące, gdyż świadczą o wielkiem rozprzestrzenieniu wśród mło-

Rok akademicki	Ilość leczonych studentów (ek) w Przychodni przeciwgruźliczej				Ilość wizyt lekarskich słu- dentów (ek) w Przychodni przeciwgruźliczej	Leczenie kliniczne studentów (ek)					Leczenie sanatoryjne studentów (ek)	
	Ogólna ilość	w tem gruźlica				Ilość studentów (ek) leczonych w klinice wewnętrznej	w tem leżących na oddz. gruźliczym kliniki	Ilość dni leczenia chorych na oddz. gruźliczym	Ilość naświetlań lampą kwarcową	Ilość prześwietlań promieniami Röntgena	Ilość studentów (ek) leczonych w sanatorjach	Koszta leczenia w sanatorjach
		począ- tkowa	rozwi- nięta	gruczo- łowa								
1924/5	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	36	7.937
1925/6	182	111	29	42	+	24	15	611	+	+	50	13.625
1926/7	222	61	73	88	650	53	34	1439	1600	320	78	24 951
1927/8	449	145	70	234	1348	65	40	2015	2556	752	162	48.493

dzieży akademickiej gruźlicy i nasuwają pytanie, czy w przyszłości „Opieka Zdrowotna" podoła wziętym na się obowiązkom. Nim przejdziemy do ogólnego omówienia kwestji zwalczania szerzenia się gruźlicy wśród młodzieży przedstawimy jeszcze wyniki badania młodzieży, mieszkającej w Domach Akademickich. Otóż w roku zeszłym zostały przebadane Domy akademickie: dwa Domy techników i Dom Studentek. Na ogólną ilość 89 zbadanych w Domu Studentek było 49 zdrowych, bez zmian, z pozostałych 40 u 15 stwierdzono inne schorzenia, u 25 zaś stwierdzono zmiany gruźlicze, co stanowi 28,1% w tem gruźlicy początkowej 8 przypadków, rozwiniętej 5, gruczołowej 12 przypadków, czyli że gruźlicę płuc początkową i rozwiniętą stwierdzono u 13 osób, co stanowi 14,6%.

W Domach techników na ogólną ilość 430 zbadanych nie wykryto żadnych zmian chorobowych u 230, różne inne schorzenia znaleziono u 145 osób, u 82 zaś wykryto zmiany gruźlicze, co stanowi 19%, z tego przypada na gruźlicę rozwiniętą 10 przyp., na początkującą 65, co razem stanowi 75 przypadków czyli 17,4% (prócz gruczołowej).

Sumując wyniki badań w Domach Technickich i w Domu Studentek otrzymamy, że na ogólną ilość 519 osób badanych zmiany gruźlicze bądźto początkowe, bądźto rozwinięte znaleziono u 88, co stanowi 17% ogółu mieszkańców, w tem u 3% stwierdzono gruźlicę rozwiniętą względnie rozpadową [3]).

Liczby te są procentowo wyższe, niż poprzednio podane wyniki, otrzymane przy badaniu zgłaszających się chorych do badania wewnętrznego, gdzie stwierdzono na 1841 osób badanych u 215 gruźlicę początkową lub rozwiniętą, co stanowi 11,7%, w tem rozwiniętą wzgl. rozpadową u 70 osób, co stanowi 3,8% badanych.

Mniejszy procent ciężkich przypadków gruźlicy w Domach Akademickich jest następstwem tego, że badanie mieszkańców Domów Akademickich zostało przeprowadzone z końcem II-go trymestru tak, że część ciężko chorych poprzednio zgłosiła się już do leczenia i została wysłana do miejscowości klimatycznych.

„Opieka Zdrowotna", prowadząc walkę społeczną z gruźlicą wśród młodzieży musi pokonywać wiele przeszkód; samo poznanie ogromu klęski napotyka na wielkie trudności. Uzyskanie ogólnej liczby studentów (tek) chorych na gruźlicę bez przeprowadzenia przymusowego badania wszystkich akademików nie jest możliwe. Wciąż jeszcze pomimo kilkuletniego istnienia „Opieki Zdrowotnej" zgłaszają się chorzy akademicy, żaląc się na inne dolegliwości, a tymczasem badanie wykazuje u nich duże zmiany gruźlicze. Znany nam jest cały szereg przypadków — nawet wśród medyków — gdzie badanie uskutecznione z innego powodu wykazało ciężką rozpadową gruźlicę.

Na czoło walki społecznej z gruźlicą wysuwa się konieczność poznania ogromu klęski t. j. wykrycia z dostępną ścisłością wszystkich przypadków gruźlicy, szczególnie niebezpiecznej dla otoczenia, gdyż dopiero wtedy można przystąpić do skutecznego przeciwdziałania jej, do unieszkodliwienia źródeł choroby. Przychodnia Opieki stara się w każdym przypadku wykrycia gruźlicy dojść do źródła zakażenia, źródło to wykryć. W każdym takim przypadku starano się przebadać współmieszkańców chorego, aczkolwiek nie zawsze to jej się udawało, pomimo nakłaniania ich do przyjścia do badania przez wywiadowczynię Przychodni. Możemy przytoczyć tutaj jeden charakterystyczny przykład zakażenia się gruźlicą. W Przychodni leczył się student z rozpadową postacią gruźlicy, który mimo namawiania go przez lekarza Przychodni do wyjazdu celem leczenia klimatycznego studjował dalej, nie chcąc przerywać studjów. Po kilku miesiącach student ten zmarł. W czasie jego choroby zgłosiły się do Przychodni Opieki dwie studentki, siostry, u których badanie wykazało początkowe zmiany gruźlicze. W przypadkach tych dało się stwierdzić źródło zakażenia; okazało się, że obie siostry, poprzednio zupełnie zdrowe, w ostatnich tygodniach przygotowywały się do egzaminów ze zmarłym następnie akademikiem dotkniętym ciężką gruźlicą. Powyższy przykład ilustruje dosadnie konieczność przeprowadzenia ustawy, mocą której istniałaby możność usuwania akademików z otwartą gruźlicą z sal wykładowych, seminarjów i pracowni, gdyż studenci winni być chronieni przez odpowiednią ustawę przed stykaniem się z ciężko chorymi na gruźlicę, czy też inną chorobę zakaźną. Przebadanie wszystkich akademików jest trudne do wykonania, ponieważ obciążyłoby zanadto dział chorób wewnętrznych. Możliwem jednak byłoby systematyczne coroczne badanie Domów Akademickich, co ze względu na młodzież akademicką miałoby największą wagę, tembardziej że — przynajmniej we Lwowie — ilość pokoi jedno — a nawet dwuosobowych jest mniejsza, aniżeli wieloosobowych.

Koszta badania, zresztą bardzo niewielkie, bo wynoszące we Lwowie 1,50 zł od osoby, a może bardziej jeszcze skutki stwierdzenia choroby t. j. konieczności wyjazdu i ewentualne wykluczenie z Domu Akademickiego — są zapewne głównymi powodami niechęci młodzieży do perjodycznych badań, aczkolwiek Zjazd Bratnich Pomocy uchwalił ich systematyczne przeprowadzanie.

Na skutki niechęci studentów do powyższych badań nie brak przykładów i kilkakrotnie już stwierdzano, że chory z otwartą gruźlicą mieszkał w sali 3—5 osobowej, a po wykryciu i umieszczeniu go w Klinice stwierdzano u współmieszkańców początkową gruźlicę. W innym przypadku chory z ciężką gruźlicą pozostawał nadal w pokoju dwójkowym, pomimo przyznania mu miejsca w Sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem, nie chcąc na razie wyjechać z powodu studjów, a wkrótce potem zgłosił się jego kolega z początkowemi zmianami w płucach. Sprawa badań mieszkańców Domów Akademickich i bezwzględnego usuwania z nich chorych na gruźlicę otwartą winna być również jak najszybciej załatwioną, na podstawie odpowiednich rozporządzeń Władz Centralnych, co zdaje się, nie powinno napotykać na wielkie trudności, wobec tego, że odpowiednia kontrola sanitarna ustawowo jest przeprowadzona w domach zajezdnych, hotelach, pensjonatach, tem łatwiej podciągnąć i Domy akademickie pod powyższą kategorję pensjonatów, hoteli etc.

Jednym — bodaj czy najważniejszym — z punktów społecznej walki z gruźlicą w wyższych Zakładach naukowych jest nieprzyjmowanie nowowstępujących chorych na gruźlicę, jako niebezpiecznych dla otoczenia, gdyż są oni często źródłem zakażenia

---

[3]) Liczby te odpowiadają wynikom badań, przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej gimnazjalnej w Wilnie, wśród której wykryto w wieku 16—21 lat gruźlicę płuc u chłopców w 17,9%, u dziewcząt 21,2%).

(Dr. Z. Kuncewicz i Dr. A. Borowski: „Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej". Wilno. Wil. Tow Przeciwgruźlicze, 1929).

Dr. Kopczyński: (Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce, 1929) podaje liczby daleko niższe, gdyż według niego (statystyka lekarzy szkolnych) zapadalność na gruźlicę w szkołach średnich wynosiła w r. 1925/26 na 128.131 badanych 3,75% (wszystkie klasy), gdy tymczasem według wyżej wymienionych autorów wileńskich w całem gimnazjum męskiem wynosi 10%, w żeńskiem zaś 7%.

dla pozostałych studentów — jak to obserwowaliśmy niejednokrotnie.

Uznając konieczność tych zarządzeń na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym powzięto na wniosek lekarza Opieki Zdrowotnej we Lwowie Dr. T y s z k i uchwałę następującą:

„III Zjazd Przeciwgruźliczy prosi Ministerstwo Oświaty, ażeby w przyszłości wszystkich studentów, nowozapisujących się na wyższe studja, poddawać badaniu lekarskiemu i nie dopuszczać do wpisów do wyższych zakładów naukowych chorych z gruźlicą niebezpieczną dla otoczenia".

Reasumując powyższe należy uznać konieczność wydania przez kompetentne czynniki — Władze Centralne — następujących przepisów:

1) o nieprzyjmowaniu do szkół akademickich chorych na gruźlicę, jako niebezpieczną dla otoczenia,

2) o konieczności perjodycznych badań mieszkańców Domów akademickich i usuwania z nich przymusowo chorych na ciężkie postacie gruźlicy płuc,

3) o zezwolenie Senatom akademickim, na nieprzyjmowanie w latach następnych gruźliczo chorych uczęszczających do Szkół akademickich, dopóki stan ich się nie poprawi do tego stopnia, że nie będą przedstawiać niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Ponieważ zdrowie młodzieży w znacznej mierze zależy od warunków higjenicznych, w jakich przebywa ona w salach wykładowych, w pracowniach, w domach akademickich, należałoby zastosować do gmachów szkół akademickich szereg zarządzeń higjenicznych jak:

1-o) zaciąganie podłóg zaprawą pyłochłonną, co jak wiadomo, znakomicie zmniejsza ilość kurzu, unoszącego się w powietrzu a wraz z kurzem — różnych bakteryj zwłaszcza chorobotwórczych,

2-o) dostateczne zaopatrzenie gmachów zakładowych w umywalnie,

3-o) zaprowadzenie dostatecznej ilości wentylatorów.

Ideałem akcji przeciwgruźliczej wśród młodzieży byłoby tworzenie w środowiskach uniwersyteckich na peryferjach miasta domów dla młodzieży z gruźlicą gruczołową względnie dla zagrożonych gruźlicą, co umożliwiałoby oddzielenie młodzieży chorej od zdrowej, a oprócz tego pozwoliłoby młodzieży chorej na kończenie studjów w lepszych warunkach zdrowotnych.

Należy zwrócić jeszcze uwagę na konieczność odpowiedniego uświadomienia całej rzeszy młodzieży o walce z gruźlicą i jej profilaktyce. Już samo badanie studentów, zapisujących się na pierwszy rok studjów stanowić będzie pewnego rodzaju propagandę. Oprócz tego należałoby urządzać wykłady perjodyczne dla młodzieży o znaczeniu gruźlicy, o jej zwalczaniu.

Oprócz dążenia do spełnienia powyższych postulatów należałoby, ażeby wszystkie ośrodki uniwersyteckie posiadały — za wzorem Lwowa — „Domy Zdrowia" w miejscowościach podgórskich. Wybudowanie „Domu Zdrowia Opieki Zdrowotnej nad studentami Szkół Wyższych we Lwowie" w Mikuliczynie należy zaliczyć jako jeden z głównych czynów tejże Opieki. Dom ten przeznaczony dla młodzieży z gruźlicą gruczołową jak również dla potrzebujących wypoczynku i kilkutygodniowego pobytu w okolicy zdrowej jest najlepszem i najskuteczniejszem przeciwdziałaniem tej strasznej klęsce społecznej, jaką jest gruźlica.

Metoda klimatyczno - djetetyczno - sanatoryjna, stosowana w „Domu Zdrowia" daje dobre rezultaty, gdyż czynniki na nią się składające: 1) świeże powietrze, 2) obfite i racjonalne odżywianie i 3) spokój fizyczny i psychiczny (leżakowanie) — stanowią wyśmienite naturalne środki, korzystnie wpływające na wzmocnienie ustroju. Oderwanie chorych studentów od ich codziennego, najczęściej niehigjenicznego sposobu życia, wyczerpującego ich i fizycznie i umysłowo, i umieszczenie ich na 6—8 tygodni w podobnym „Domu Zdrowia" podnosi czynność całego podupadłego organizmu, wytwarzając większą odporność tkanek w walce z drobnoustrojami.

Budowa „D. Z." zaczęta jeszcze w 1925 r., ukończona została z powodu trudności finansowych dopiero w roku sprawozdawczym. W listopadzie 1928 r. odbyło się otwarcie „Domu Zdrowia". Może on pomieścić 23 studentów (tek); studenci i studentki przebywają w nim naprzemian po 6 tygodni. Aczkolwiek to nie należy już do okresu sprawozdawczego trzeba podnieść, że od tego czasu „D. Z." funkcjonuje sprawnie. Więcej niż setka młodzieży, która w nim przebywała, powróciła ze znaczną poprawą zdrowia do pracy. Niestety „D. Z." na lwowskie środowisko młodzieży akademickiej jest za mały i w niedalekiej przyszłości trzeba będzie przystąpić do wybudowania drugiego pawilonu celem wysyłania większej ilości młodzieży, potrzebującej klimatycznego leczenia; wtedy też będzie można przedłużyć okres ich tam pobytu z sześciu do 8—10 tygodni.

Nie mając szczegółowych danych o walce z gruźlicą w innych miastach uniwersyteckich Polski, przedstawiamy poniżej szczegóły organizacji tej walki na wszechnicach niemieckich. Porównywując dane te z akcją Opieki Zdrowotnej we Lwowie można śmiało powiedzieć, że Lwów wyprzedził w akcji tej nietylko inne miasta Polski, ale dobrze zorganizowane i bogate w porównaniu z nami społeczeństwo niemieckie. Na zjeździe studentów niemieckich w r. 1921 podkreślono, jako jedno z ważnych zadań organizujących się zrzeszeń samopomocowych opiekę lekarską nad chorymi studentami. W łączności z tem, a z inicjatywy prof. R a n k e'g o powstała w Monachjum w 1921 r. opieka zdrowotna samopomocy studenckiej. W r. 1927 zjazd doroczny niemieckich zrzeszeń samopomocowych uchwalił wprowadzić pogłówne na walkę z gruźlicą. Na 55 ośrodków tych zrzeszeń, w r. 1927 jedynie 3—4 zajmowały się intensywnie walką z gruźlicą. Jak wynika ze sprawozdania rocznego Związku pomocy gospodarczej niemieckich studentów leczono w r. 1927 sanatoryjnie 166 chorych akademików, przeważnie po 4 miesiące. W tym samym roku oddział Związku w Monachjum skierował do sanatorjów 35 przypadków nowo wykrytych gruźlicy, co łącznie z 15 przypadkami leczonymi już poprzednio stanowi wogóle 50 osób w roku sprawozdawczym ze środowiska monachijskiego. Należy dodać, że Monachjum wydało 110.000 RM na cele zdrowotne młodzieży, z tego 2/3 całej tej sumy na walkę z gruźlicą. Od powstania Opieki Zdrowotnej w Monachjum w 1921 roku do końca 1927 roku przeprowadzono 130 kuracyj klimatycznych.

K a t t e n t i d t[3]) oblicza, że na 100.000 akademików w Niemczech należy przyjąć 600 przypadków, potrzebujących opieki sanatoryjnej, tymczasem w r. 1927 zaledwie 200 przypadków było w ewidencji powyższego Związku. Autor powyższy oblicza, że pewna ilość studentów jest w dobrych warunkach finansowych i może obyć się bez pomocy Związku, lecząc się na własny koszt. Według obliczeń monachijskich przyjmują, że zaledwie 10% ogółu młodzieży obywa się bez pomocy akademickich kas chorych.

Należy też podnieść że w Monachjum jak i w innych niemieckich środowiskach akademickich zwalczanie gruźlicy wśród młodzieży nie należy do świadczeń obowiązkowych studenckiej Kasy Chorych; każdy chory zasadniczo sam ma pokrywać koszta leczenia sanatoryjnego, jeżeli zaś nie może, to pokrywa je nie Kasa Chorych, a pomoc gospodarcza (Wirtschaftskörper); naogół jednak przyjmują średnio, że sam chory może przeciętnie pokryć 33% kosztów leczenia, resztę zaś muszą pokryć stowarzyszenia samopomocowe. Autor obliczając koszta 8-miesięcznego leczenia sanatoryjnego 600 chorych na 1,000.000 RM, odciąga 33%, które winni pokryć sami chorzy, a wtedy pozostaje do pokrycia 660.000 RM. Kwotę możnaby według autora ściągnąć opodatkowaniem wszystkich studentów po 3 RM półrocznie na walkę z gruźlicą.

Prof. B r e u n i n g, zajmujący się akcją zdrowotną wśród młodzieży monachijskiej sadzi, że oprócz obowiązkowego badania, przeprowadzanego już na niektórych uniwersytetach niemieckich, należy wprowadzić obowiązkowe prześwietlania klatki piersiowej, gdyż wczesne nacieki gruźlicze nie zdradzają się często zupełnie klinicznie, a mogą być rozpoznane jedynie tylko roentgenologicznie. Wtedy wiele przypadków gruźlicy będzie można poddać wcześniej leczeniu sanatoryjnemu, a z lepszym wynikiem.

Porównywując działalność lwowskiej „Opieki Zdrowotnej" z akcją podobną w Niemczech należy podkreślić, że Lwów wyprzedza w akcji tej wiele środowisk niemieckich: tam jedynie Monachjum równie intensywnie zajmuje się zwalczaniem gruźlicy wśród młodzieży; działalność innych środowisk pozostaje — zdaje się — znacznie w tyle.

Jeżeli więc dałoby sie znaleść środki do przeprowadzenia obowiązkowego prześwietlania promieniami Roentgena, a temsamem do wcześniejszego uchwycenia, a prognostycznie pomyślniejszego, jeżeli następnie znalazłyby się dalsze środki finansowe do umożliwienia koniecznego leczenia, to wtedy należy przypuszczać, że potrafiłoby się znacznie obniżyć śmiertelność na gruźlicę w kołach akademickich, które przedstawiają przecież tak cenną warstwę każdego narodu.

Ocena wyników ogólnych osiągniętych w przyszłości w walce społecznej z gruźlicą w szkołach akademickich po przeprowadzeniu odpowiednich ustaw — będzie możliwa dopiero po wielu latach, w każdym razie należy sie spodziewać znacznego spadku zachorowań młodzieży w czasie studjów, gdyż wielu chorych, będących rozsadnikiem gruźlicy w przepełnionych salach wykładowych i pracowniach nie będzie dopuszczona do murów uczelni, świeże zaś przypadki gruźlicy otwartej wśród akademików będzie daleko łatwiej wcześnie wyśledzić, a przy wczesnym stwier-

---

[3]) B. K a t t e n t i d t: Tuberculosefürsorge an den deutschen Hochschulen. Zeitschrift für Tuberkulose, zeszyt 4, tom 52, 1928 r.

dzeniu łatwiej wyleczyć. Wtedy będzie można też duże sumy pieniężne łożone obecnie na leczenie — często beznadziejne — przypadków ciężkich — przeznaczyć na akcję zapobiegawczą szerzenia się gruźlicy wśród młodzieży i na leczenie klimatyczne gruźlicy gruczołowej.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Paul Liebesny: *Diathermie, Heisluft und Künstliche Höhensonne.* Bücher der ärztlichen Praxis — J. Springer — Wiedeń 15. 8-o, 2 + 73.

Cały cykl powyższych publikacyj przeznaczony jest dla lekarzy praktyków. Niniejsza książeczka traktująca o diatermji, gorącem powietrzu i lampie kwarcowej ma według słów autora dać lekarzowi wskazówki i pomoc w autodydaktycznem zaznajamianiu się z przedmiotem. Cel ten został niewątpliwie osiągnięty przez krótkie i jasne przedstawienie sposobów stosowania powyższych metod leczenia i treściwe podanie wskazań i przeciwskazań, bez obciążania całości balastem teoretycznym.

J Krzyżanowski (Gdynia).

Dr. Madaus: *Podręcznik receptowy oligoplexów dynamicznych i preparatów.* Nakł. Dr. Madaus & Co — Warszawa. 8-o, XL + 375.

Podręcznik powyższy wydany przez firmę wyrabiającą środki homeoterapeutyczne, zawiera prócz kilku artykułów objaśniających główne zasady homeotherapji i działania t. zw. oligoplexów, dokładną terapję homeopatyczną wszystkich chorób, wykaz oligoplexów i preparatów oraz wykaz ziół i chemikalji używanych w homeopatji. Dla lekarza więc zajmującego się tą z powrotem wchodzącą w modę metodą leczenia, może być powyższy podręcznik cennym i pomocniczym nabytkiem i zwłaszcza że temat przedstawiony jest przejrzyście i wyczerpująco.

J Krzyżanowski (Gdynia).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł chemiczny, nr. 14, z lipca 1929: W. J. Piotrowski i J. Winkler: O refraktometrycznem badaniu produktów parafinowych. — M. Grochowski: Nowy aparat do szybkiego i dokładnego oznaczania ciężarów właściwych cieczy. — W. Iwanowski: Konferencja w sprawie ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz produktów spożywczych.

Polski Przegląd Radjologiczny, tom IV, zeszyt 2, z r. 1929: M. Werkenthinówna: Uwagi nad wzrostem przerzutów nowotworowych w płucach na podstawie jednego, przez czas dłuższy obserwowanego przypadku. — E. Meisels i M. Schütz: Płat żyły nieparzystej. — W. Zawadowski: O dodatkowym zrazie nieparzystego płuca prawego (lobus venae azygos) i jego widoczności na zdjęciach klatki piersiowej. — J. Wojciechowski: Przypadek apophysitis calcanei bilateralis.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 29, z 21 lipca 1929: N. Sienkiewicz: Parę danych o piperazynie. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego Uniw. St. B., rok V, zeszyt 3, za maj i czerwiec 1929: S. Schilling-Siengalewicz: Wątroba jako narząd o wydzielaniu dokrewnem. — K. Opoczyński: Uwłosienie tułowia jako cecha konstytucyjna i jego zależność od gruczołów wydzielania wewnętrznego. — B. Żabko-Potopowicz: O mleku zakwaszonem w dietetyce dziecięcej. — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875(c. d.). — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka Rozdz. XXXVII c. d.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 6, z 1 czerwca 1929: L. Skarzyński: Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — J. Rosenbaum: Psychika lekarza i pacjenta Kas chorych. — Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego w sprawie Kas chorych we Włocławku przeciwko Wojewodzie Warszawskiemu w przedmiocie podatku od lokali. — Regulamin Komisji rozjemczej Kasy chorych m. Łodzi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 29, z 18 lipca 1929: J. Mackiewicz: O glejakach. — L. Szyfman: Cukrzyca wśród żydów. — A. Dryjski: Geneza i technika metody psychoanalitycznej (streszcz. zbior., c. d.).

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 6, z czerwca 1929: M. Kalisz: O styczności brzeżnej wypełnień zębowych.

Trzeźwość, nr. 6—7, z r. 1929: W. M. Kozłowski: Z dziejów zwalczania alkoholizmu w Polsce. — K. Kalinowski: Film naszego życia: Najwyższy Trybunał Administracyjny a plebiscyt. M. Skiba: Z wędrówek po powszechnej wystawie krajowej w Poznaniu. — J. Cetnarski: Praca nauczyciela w zakresie higjeny. T. Szumański: Wesele góralskie. Widowisko sceniczne (dok.). K. Cesiul: Powszechny kult alkoholizmu.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 6, z r. 1929: Z. Wołłowiczowa: Dziesięciolecie powstania Ligi Czerwonych Krzyży. Z. B.: Międzynarodowa Konferencja dyplomatyczna w Genewie. St. Ziembińska: Organizacja pielęgniarek wojskowych w Ameryce. — B. Zakliński: Międzynarodowa Komisja ekspertów dla obrony ludności cywilnej przed wojną chemiczną.— Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża.

Gastrologja Polska, tom I, nr. 4, za lipiec 1929: M. E. Binet: O stanach początkowych przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego. — J. Grundzach: Zespół objawów bólowych, kiszkowo-żołądkowych. Spostrzeżenia i uwagi. — A. Kapłan: O leczeniu biegunek peptonem.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 6, z r. 1929: Kund Secher: Leczenie wewnętrznej gruźlicy sanokryzyna (dok.). — W. Werner: Leczenie zastrzałów (c. d.). — Banaszkiewicz: Przyczynek do organoterapji. Sistomenzyna.

Polski Przegląd chirurgiczny, tom VIII, zeszyt 3, z r. 1929: L. Zembrzuski: Zarys rozwoju chirurgji polskiej. — A. Rudzki: Rzadka postać zapalenia przewlekłego otrzewnej. — W. Gilels Wartość kliniczna badania krwi metodą Schillinga w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. — K. Czyżewski: Przyczynek do ustawiania zwichnięć sposobem Riedla. — W. Ostrowski: Przyczynek do sprawy złamań pierwszego żebra. — L. Gout: Szew kiszkowy. — W. Dobrzaniecki: Nowsze zabiegi wytwórcze w zakresie ruchomej części nosa. — Nekrolog ś. p. Dr. Eugenjusza Lewensterna.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 30, z 25 lipca 1929: J. Mackiewicz: O glejakach (c. d.). — J. Rutkowski: Ropniak opłucny wywołany przez streptothrix. — J. Pomper: Uproszczony sposób leczenia syndaktylji. — A. Dryjski: Geneza i technika metody psychoanalitycznej (streszcz. zbior., dok.). — R. Barański i Marjanko-Lewenfiszowa: Przyczynek do działania efetoniny. — L. Zamenhof: Żartem o rzeczy poważnej. poważnej.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt VII, z lipca 1929: Sew. Cytronberg: Leczenie stanów chorobowych przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. — A. Ziemkiewicz: Postępowanie lecznicze w wypadkach porodień, stosowane w szpitalu powszechnym w Łokaczach. — J. Irrgang: „Z teki lekarza".

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Pryszczyce wtórne pochodzenia allergicznego w przebiegu intertrigo po drożdżach (lewurydy „levurides"). P. Ravaut zakomunikował na posiedzeniu Akademji Medycyny w Paryżu (4. VI. 1929) przypadki kliniczne pewnej odmiany intertrigo wywołanej przez „levures" (drożdże). U osobników uczulonych występuje wysypka wtórna, rodzaju „pryszczyc". Badania drobnoustrojowe, odczynów humoralnych, odtworzenie doświadczalne u człowieka tych schorzeń przez doskórne zastrzyki lewuryny potwierdziły pochodzenie i genezę tych ekzem; chodzi o t. zw. lewurydy dotychczas nieznane („levurides"). Fakty te mają swe znaczenie; wskazują bowiem na możliwość pochodzenia allergicznego reakcyj skórnych typów, rozciągających się od ekzemu do „psoriasis". Są one zależne od ogniska pierwotnego, czasem widocznego, jak to ma miejsce po drożdżach lub po innych schorzeniach pasorzytniczych, często jednak ognisko to jest ukryte i należy je szukać. Z tych faktów nieznanych wypływają bezpośrednio ciekawe wnioski terapeutyczne.

Immunite.

Maj. 1929. XLVIII., str. 33.

Czy istnieje malarioterapja gruźlicy? Leczenie kiły nerwowej, a zwłaszcza bezwładu postępującego, przez inokulację hematozoą zimnicy jest na porządku dziennym od kilku lat. Rezultaty są naogół uważane jako dodatnie. Dyskusja się przedłuża jedynie na tym punkcie, czy zakażenie zimniczne działa w sposób swoisty czy też wskutek wielkiej ciepłoty, którą powoduje („pyrétothérapie").

I przyszło też na myśl uczonym, by zobaczyć, czy zimnica dobrowolnie wstrzyknięta gruźliczym, ma jakieś działanie dodatnie i na tę chorobę.

Dokonał tego Weselko — jego prace zostały opublikowane w „Zeitschrift für Tuberculose 1927", t. XLVIII, str. 33.

Kobieta 38-letnia chora na suchoty płuc, z laseczmikami Kocha w plwocinach, otrzymuje zastrzyk krwi chorego na zimnicę, i w której to znajdowały się schizontes „Plasmodium vivax". Chora zaraża się i przedstawia 5 napadów zimniczych. Chininą zostaje wyleczona z zimnicy, a jednocześnie:

ciepłota staje się normalna, podczas gdy przedtem przez długi okres czasu, chora miała znaczne wahania ciepłoty.

W ciągu trzech miesięcy chora nabiera 11 kg. Laseczniki Kocha zanikają w plwocinach, plwociny w końcu też znikają.

O. Weselko leczy w ten sposób sześciu innych chorych. Pięć razy otrzymuje rezultaty doskonałe, odpowiadające zupełnemu wyzdrowieniu pod względem klinicznym. Szósty chory tylko w części wyniósł z tej terapji pożytek.

Później, Freiman (J. of. tropical Med. a Hyg., lipiec 1927) studjuje odczyn skórny (cuti-reakcja) tuberkuliny u chorych na zimnicę ostrą albo na przewlekłą. I stwierdza, że w 91% przypadków napad ostry zimnicy przetwarza odczyn skórny z dodatniego na ujemny. Odczyn skórny u chorych na zimnicę przewlekłą okazał się na 100% ujemny.

Freiman uważa, że ta anergja, powstała dzięki zakażeniu zimnicą, trwa tylko 20 do 200 dni: „Zimnica odbiera ciału „anticorps" gruźlicy i czyni go skłonnym na objawy wewnętrzne i zewnętrzne choroby".

* * *

I oto zjawia się na nowo dyskusja na temat działania antagonistycznego zimnicy w stosunku do gruźlicy. Bronił tej tezy z wielką zaciętością Bondin lekarz wojskowy, który większą część swej karjery przeżył w Algierze. Wysunął on jako dogmat zasadę o antagonizmie: pewien stan chorobowy, określony, wytwarza w organizmie dotkniętym odporność w stosunku do pewnych zjawisk chorobowych, jeśli nie zupełną, to dosyć znaczną w każdym razie. Tak samo jak każdy kraj posiada swoją florę, posiada on także swoje choroby; są to choroby temu krajowi właściwe, i niespotykane w innych krajach.

Zimnica byłaby przeciwieństwem gruźlicy. „Tym, którzy znają Algier, suchoty płuc i zimnica przedstawiają się jako dwie szale jednej wagi". Suchoty spotykane są jedynie wyjątkowo w okolicach zimniczych, w przeciwieństwie zaś w okolicach znanych z częstości wypadków gruźlicy, zimnica jest bardzo rzadka i przybiera formę bardzo łagodną.

Pogląd Boudin'a przeciwstawia się w zupełności poglądom Broussais. Ten ostatni uważa, że ciepłoty przerywane („intermitte") mogą być „powodem suchot". „Widzieliśmy" — pisze autor — „gruzełki, tworzące się na tkankach na których gorączki te spowodowały podrażnienie przewlekłe".

Crespin bada tę sprawę na „Congrès International de la Tuberculose" — i dochodzi do wniosku, że nie istnieje żaden antagonizm między zimnicą i gruźlicą, tak samo zresztą jak i zimnica nie zdolna jest do spowodowania tuberkulozy. W większej ilości wypadków gorączki przerywane ułatwiają zakażenie laseczmikami Kocha. One przygotowują grunt mało odporny, w którym zarazek się rozwija; one tak samo przyspieszają przebieg gruźlicy przez osłabienie organizmu, który przestaje się bronić.

Zauważono jednak, że zimnica przewlekła zatrzymywała nieraz przebieg gruźlicy. Dzieje się to dzięki sprawom sklerozy, które tworzą przeszkodę poprostu mechaniczną dla uogólnienia się procesu chorobowego; lecz ta przeszkoda może być szybko usunięta.

* * *

Doświadczenie z wojny pokazało, że Afrykanie, których wielka ilość, jeśli wszyscy, chorowała czy to na zimnicę ostrą, czy przewlekłą, zostali dotknięci we Francji gruźlicą w proporcji bardzo znacznej. Choroba u nich szła szybko naprzód, śmierć nastawała prawie zawsze po kilku tygodniach. Na autopsji rzadko kiedy znajdowano sprawy gruźlicze zwykłe.

Leneman (Paryż).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Long Island Medical Journal.

The Official Organ of the Associated Physicians of Long Island.

Nr. 2. February 1929.

W. Brunet: *Choroby weneryczne w mieście New-York.* Daty statystyczne (Ciąg d. n.). Opisy przypadków ze szpitala „The King Conuty Hospital" w New-Yorku.

Tuberculoma mózgu.

H. B. Smith: *Poliomyelitis anterior typu opuszkowego.* Opis 6 przypadków. Opis małej epidemji, obejmującej 17 przypadków zapalenia istoty szarej rdzenia, która wybuchła w sierpniu i październiku 1928 r. w Nassau-Conuty. Z 15 przypadków badanych, 8 a więc przeszło 50% było typu opuszkowego z 4 przypadkami śmiertelnemi. Trudność w połykaniu była najczęstszym symptomem. W przypadkach śmiertelnych, chorzy nie zdawali się być poważnie zagrożeni, aż na krótko przed śmiercią, którą przypisywano porażeniu ośrodka oddechowego.

Dordzeniowe i dożylne zastrzyki surowicy wyzdrowieńców były mniej skuteczne w przypadkach później rozpoznanych i leczonych. Zastrzyki domięśniowe okazały się również wartościowemi.

The Journal of The American Medical Association.

Vol. 92. Nr. 9. 2 March 1929.

C. P. Mc. Cord: *Zatrucie terem.* (Opis przypadku). Zatrucie terem nie należy uważać za jednostkę kliniczną, lecz jako szereg drobnych intoksykacyj.

H. H. Haren: *Indeks leczniczy neoarsfenaminy.* Autor uważa że neoarsfenamina posiada znaczną siłę spirochetobójczą i jest przeto przez doświadczonych syfilologów chętnie używana. Autor podaje szereg przykładów, mających wykazać wartość tego środka.

E. Meulengracht i J. Jensen: *Badania kału na utajone krwawienie przy raku żołądka i jelit.* Z 66 przypadków raka żołądka 60 wykazywały utajone krwawienie jednokrotnie lub wielokrotnie, 6 dawało zaś stale odczyn ujemny. Występowanie tych ostatnich przypadków zmusza do wnioskowania, iż właśnie powtarzające się ujemne próby na utajone krwawienie nie wykluczają raka żołądka. Wykluczającem jest ujemne występowanie w przypadku, w którym podejrzywa się raka odźwiernika. Spostrzeżenia autorów zgadzają się ze spostrzeżeniami Gregersena [1]) w podkreślaniu częstości utajonego krwawienia w przypadkach raka żołądkowo-jelitowego, lecz Boas [2]) zwrócił uwagę na stały brak krwawienia w przypadkach raka, zwężającego odźwiernik. Autorzy zgadzają się z Haltonem w krytyce obydwóch uczonych, iż krwawienie utajone nie jest koniecznie stałe we wszelkich innych przypadkach raka żołądka. Autorzy różnią się od Gregersena, który znalazł zawsze krwawienie we wszelkich rodzajach raka żołądkowo-jelitowego przy całym szeregu ujemnych odczynów raka przełyku przez to, iż znaleźli okolicznościowo ujemne odczyny z części pasażu żołądkowo-jelitowego i głębiej ułożonych.

B. C. Cushway i R. J. Maier: *Badanie rdzenia u pracowników przemysłowych.* Anomalje kręgów nie muszą być koniecznie przyczyną boleści. Roentgenologiczne badanie stosu pacierzowego powinno być przeprowadzone u wszystkich pracowników przemysłowych, u których uszkodzenie rdzenia jest częste. Badania podobne mogą przestrzedz przed poświęceniem się zawodowi z powodu wad lub danych do rozwoju jakiejkolwiek wady przy wykonywaniu pewnego rodzaju pracy.

H. K. Mohler: *Blok serca i mocznica.* U chorego z rozwiniętą miażdżycą naczyń i osłabioną czynnością nerek wystąpił blok i w końcu śmierć z powodu mocznicy. Blok rozwinął się prawdopodobnie na tle toksycznej czynności zatrzymanych produktów azotowych, metabolizmu ciała na uszkodzony system przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. Stan ulegał poprawie w okresie polepszenia się czynności nerek, powracając do zupełnego bloku o ile nerka chorowała silniej; cały wreszcie proces skończył się śmiercią, będącą ostatecznym skutkiem mocznicy.

U innego chorego przyjąć należy (na podstawie wywiadów), że blok wystąpił poraz pierwszy przed około 30 laty. Chory szczęśliwie wywinął się z ataku uremji bez jakichkolwiek zmian na sercu i bez objawów osłabienia czynności serca. Zupełny blok

---

[1]) J. v. Gregersen: Ugeskrift for Laeger, Copenhagen, 78. 1916.

[2]) Boas: Die Lehre von den okkulten Blutungen, Leipzig, 1914.

rozwijał się zwolna i nie był w tym przypadku powikłaniem moczницy, lecz zupełnie od niej niezależnym. Chory zmuszony był wrócić do pracy, umarł z powodu raka jelit.

Autor silnie podkreśla znaczenie stanu mięśnia sercowego dla rokowania i wskazań leczniczych, powstanie bowiem bloku jest w znacznej mierze zależne od integrity mięśnia sercowego.

W. P. Eagleton: *Wartość topiczna badań oftalmicznych w ropnych schorzeniach mózgu.* Badania oznaczające pole widzenia przy pomocy często posiadają wartość topiczną w ropnych schorzeniach mózgu. Opuchlina mózgu, wskutek ropienia, może być rozpoznana, jeśli opuchlina chwyta drogę wzrokową, po nierównych hemianoptycznych wcięciach przeciwległej strony. Te wcięcia są często przejściowe. Opuchliny mózgowe mogą się rozszerzać od fossa posterior do głównego mózgu, jakkolwiek ropień ograniczony jest w samej jamie tylnej. Pola takie są przeważnie skurczone. Cysterna opuszkowa (bulbar cysterna menigitis) może być wyrównaną przez połączenie i kombinowanie objawów jamy środkowej i tylnej, połączonych z zacięciami hemianoptycznemi bitemporalnemi i charakterystycznym typem „semicoma". „Papilloedema" w ropnych schorzeniach posiada również znaczną wartość topiczną. Ślepota z powodu ropnego procesu zatoki (sinnus) jest charakteryzowana przez: a) uczucie zimna w głowie, b) nastające po neuritis optica z c) centralnym skotomem, d) boleścią przy wciskaniu gałki ocznej i e) ruchach ocznych.

Porażenie 4-tego nerwu wykazuje uszkodzenie we fossa posterior blisko linji środkowej. Porażenie 3-go nerwu posiada małą wartość topiczną. Porażenie 6-go nerwu posiada również małe znaczenie topiczne. Ból poza okiem występujący z powodu podrażnienia gałęzi oftalmicznej 5-go nerwu oznacza uszkodzenie we fossa mediana.

M. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

Nr. 3. 1929.

Prof. Pirguet.

Bluth (Neuenahr): *Miesienie neuropunktów wedle Corneliusa.*

Akitake (Hukuoka w Japonji): *Pas skóry wywołujący odruch goleniowy Oppenheima.* Okolicą wywołującą odruch goleniowy Oppenheima jest pas skóry odpowiadający mleczu krzyżowemu i lędźwiowemu i czuły wzdłuż nerwu skórnego łydki (n. saphenus). Wedle Yosimury odruch Oppenheima jest częścią objawu Babińskiego i oba objawy są prawie równe. Najodpowiedniejsze miejsca do wywołania odruchu goleniowego Oppenheima jest okolica nad kłykciem goleni i nad wewnętrzną kostką goleniową (condylus tibiae et malleolus internus).

Lewestein (Moskwa): *Lecznictwo chińskie.* Kultura chińska jest jedną z najdawniejszych, opisy jej rozpoczynają się już prawie cztery tysiące lat przed naszą erą. Cesarz Ching Nong już 3216 przed Chr. uprawiał rośliny lekarskie i napisał podręcznik lecznicy znakami prostych i łamanych kresek. Fizjologja i medycyna Chińczyków odpowiadają ich pojęciom życiowym. Na organizm ludzki wpływa pięć pierwiastków: powietrze, woda, ogień, metal i drzewo. Z przewagi lub ubytku jednego z tych czynników powstają choroby. Godnem uwagi jest, że od Chińczyków pochodzi mądre zdanie, że „lepiej jest chorobom zapobiec, aniżeli już wybuchłe leczyć". Przeciw osłabieniu stosuje się wyciąg z krwi tygrysa; wogóle krew i wątroba każdego zwierzęcia ma podobną swoistą moc leczniczą. Ścisłej diecie oraz częstym kąpielom Chińczycy przypisują również ważne znaczenie.

Leczenie ospy szczepieniem limfy ludzkiej było znane Chińczykom już tysiąc lat przed naszą erą. Szczepienie odbywa się przez wkładanie kawałeczka waty lub sukna nasiąkniętego limfą lub sproszkowaną krostą ospową do nosa, a to chłopcom do lewego, dziewczętom do prawego nozdrza. Farmacja chińska jest niemniej obfitą jak hinduska i obejmuje prawie wszystkie rośliny. Farmakopea zawiera 2935 recept; pewne dzieło farmakologiczne zawiera opis 1111 środków z dziedziny roślin, zwierząt i minerałów. Postać leków jest rozmaita, są proszki, pigułki, odwary, nalewy i t. p. Lekarstwa były podzielone na siedm grup, z których w pierwszej panuje ogień i woda, w drugiej ziemia, w trzeciej metale, w czwartej rośliny, ziarna, korzenie, drzewa i jarzyny, w piątej stare zwyczaje (odżegnanie duchów połączone z różnemi ceremonjami, jak n. p. rakiety świetlane, strzelanie, rzucanie bomb i t. p.), w szóstej grupie panują owady, ryby i inne zwierzęta pokryte łuskami, wydzieliny ptaków i zwierząt czworonożnych, a w siódmej leki organiczne. Działalność środków odpowiada ich właściwościom, jak barwie, smakowi i t. p. Odpowiednio do podziału ciała na trzy części, głowa, tułów i kończyny, górne części roślin leczą choroby głowy, źdźbła i pień choroby tułowia, a gałązki roślin choroby kończyn. Kora leczy choroby skóry i mięśni, wnętrze roślin choroby narządów wewnętrznych.

Leki są podzielone na środki skrzepiające, ściągające, rozwalniające i przeczyszczające (tonica, adstringentia, resolventia et laxantia). Do pierwszych zalicza się herbatę, tytoń, mięso różnych zwierząt i inne. Najsławniejszym z tej klasy i środkiem uniwersalnym przeciwko chorobom i osłabieniom, nawet przeciw starzeniu się jest radix Ginsengi asiatici (panax quinquefolius, po chińsku dżen-szen). Istnieje 77 oficjalnych preparatów Ginsengi, a Chińczycy zwą ten środek „cud świata", „dar nieśmiertelności". O jego działalności wzmacniającej i odmładzającej pisane są całe tomy.

Ze świata zwierzęcego są w rozległem użyciu suszone pająki, pluskwy, krety, jaszczurki, węże, a zwłaszcza zęby, pazury, uszy, języki, serca i wątroby wielu zwierząt, wszystko w wielkich dawkach. Kości tygrysa i słonia leczą osłabienie, krew i kości lwa i tygrysa dodają odwagi, sproszkowaną kość słoniową stosują przeciw cukrzycy, zęby słoniowe przeciw padaczce, mięso wielbłądów dla wzmocnienia nerwów, mleko wielbłądów na wzmocnienie i przeciw hemorojdom. Palone oczy słonia zmieszane z mlekiem ludzkiem przeciw katarom spojówek. Środki mineralne Chińczycy również stosują i od dawnych czasów stosują siarkę przeciw świerzbowi, arsen przeciw uporczywym febrom przerywanym i rtęć przeciw kile.

Dr. I. Fels (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 20. II. 1929 r.

Przewodniczy Prezes Prof. Latkowski. Obecnych 45.

Prezes prof Latkowski odczytuje pismo Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika w Krakowie w sprawie krytyki podręcznika szkolnego Dr. Kudelki przez prof. Kulczyńskiego. Na wniosek kol. Boczara zebranie przez aklamację przyłącza sie do rezolucji Pol. Tow. Przyrodników, orzekającej, że postępowanie Dr. Kudelki stanowi fakt bezprzykładny i nie powinno mieć miejsca, gdyż uwłacza ono godności członka Towarzystwa naukowego. Przyjęto nowych członków kol.: Mroza, Kubiczka, Cieczkiewicza, Powązkę; oprócz tego przyjęto płk. lek. Dr. Maszadrę (bez balotowania).

Odczyt Dr. Frommera p. t. *„O zastosowaniu promieni nadfijolkowych w wypadkach zakaźnych"*. W dyskusji zabierają głos: Kol. Woyciechowski wita jako położnik i ginekolog myśl prelegenta z entuzjazmem, gdyż kwestja zakażenia połogowego względnie zakażeń z innych przyczyn z narządów rodnych wychodzących dotąd ani teoretycznie ani praktycznie za rozwiązaną uważaną być nie może. Ma na myśli wartość badań bakterjologicznych i cytologicznych, z drugiej strony porównanie wyników postępowania zachowawczego i operacyjnego. Kto zna tragedję kobiety młodej ginącej z powodu gorączki połogowej i odczuwa zarazem swą bezradność jako lekarz, dla tego każde pojawienie się nowej metody leczenia zakażeń jest zjawiskiem pożądanem. Rzecz teoretycznie dobrze postawiona ma na razie pewne niedociągnięcia, z których prelegent sam sobie dobrze zdaje sprawę i które zostaną przez niego uzupełnione. Bardzo pożądane byłyby doświadczenia na małpach, gdyż uzyskane tą drogą wnioski łatwiej dałyby się przenieść na człowieka, aniżeli przy eksperymentowaniu na innych ciepłokrwistych. Wyrobienie sobie zdania o wartości metody będzie wówczas dopiero możliwe, gdy prelegent dysponować będzie poważną statystyką opartą na jaknajliczniejszych i różnorodnych przypadkach. Niezbędnem jest do tego poparcie ze strony szefów różnych oddziałów. Zabieg tak prosty i niewinny nie powinien stanowić przeszkód w klinice i w szpitalu. Ma wrażenie, że z pewnemi trudnościami spotkać się może metoda ta w praktyce prywatnej, zanim uzyska markę kliniczną. (Autoreferat). Kol. Spira jun. przedstawia dokładnie historję przypadku cytowanego przez Dr. Frommera, podkreślając, że poprzednio stosowane leczenie nie dało skutku natomiast naświetlanie lampą kwarcową rany pooperacyjnej za uchem, jakoteż żyły łokciowej sposobem Frommera dało wyniki dodatnie. Kol. Syrop zastanawia się nad sposobem działania promieni nadfiolkowych następnie analizuje przypadki chorób jamy ustnej, które nadawałyby się do tego leczenia. Kol. Sas zauważa, że w szpitalu wojskowym w Krakowie stosuje się już od dawna naświetlanie lampą kwarcową w przypadkach pooperacyjnych, w których rany źle się goją. Wyniki tego leczenia są dobre.

Kol. Szczeklik zapytuje o szczegóły techniczne naświetlonia obnażonej żyły i przemawia w sprawie sposobu działania promieni nadfiołkowych w metodzie Dr. Frommera. Możliwem jest bowiem działanie na krew, jakoteż działanie ogólne zależne od tego, czy poza odsłoniętą żyłą naświetla się jeszcze inne części ciała. Sądzi, że dla wypróbowania tej metody należałoby dobierać obrazu klinicznego i skuteczności leczenia. Kol. Blassberg zaznacza, że teoretycznie metoda ta jest uzasadnioną, w praktyce jednak powinna być zastosowaną w przypadkach nietylko straconych, jak to czynił kol. Frommer, lecz masowo po szpitalach w różnych przypadkach lekkich i ciężkich, w prywatnej zaś praktyce w przypadkach straconych, ponieważ zabieg jest lekki. Kol. Boczar zabiera głos w sprawie badań dodatkowych jak badanie krwi i t. d., które w przypadkach Dr. Frommera nie były przeprowadzone. Kol. Pelczar jest zdania, że inaczej należy sobie tłumaczyć działanie promieni nadfiołkowych przy naświetlaniu pewnej części ciała, a inaczej przy naświetlaniu wprost krwi. Zastanawia się nad tem czy w metodzie kol. Frommera mamy do czynienia ze sterilisatio magna, czy jest to działanie na krwinki czerwone.

Kol. Frommer w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 27. II. 1929.

Przewodniczący prezes prof. Latkowski. Obecnych 75.

Przyjęto nowego członka kol. Tochowicza.

Demonstracje: Kol. Felix: Przypadek gorączki maltańskiej. W dyskusji prof. Gieszczykiewicz omawia stronę bakterjologiczną przypadku. Prof. Tempka podkreśla znaczenie praktyczne demonstracji kol. Feliksa. Kol. Brzezicki przedstawia 3 przypadki dystonji, jako ilustrację zaburzenia odruchu postawnego (Stellreflex, tonus diattitude) i na podstawie tych przypadków grupuje dystonję na dwa wielkie działy. Na jednym biegunie stałyby przypadki plikatur ciała, a więc deficyt tonusu postawnego; np. dysbasia kyphoskoliotica, na drugim hyperfunkcja tonusu postawnego, a więc przypadki dystonji o charakterze wymóżdżeniowym. Między temi dwoma zasadniczemi grupami stoją przypadki bardziej lub mniej przypominające jedną z tych grup lub łączące w sobie pewne cechy tych grup w obrazie chorobowym.

I. przypadek to dziewczyna, lat 21, nie żydówka, która w 18 r. ż. po infekcyjnej chorobie zachorowała na dystonję. Choroba infekcyjna (prawdopodobnie tyfus) nie był z całą pewnością encephalitis. Przypadek ten niezmiernie rzadki, charakteryzuje się połowiczą prawostronną dystonją. Ułożenie prawej górnej kończyny znajdują się w addukcji, hyperpronacji i odchyleniu kończyny ku tyłowi. Lekkie atetoidalne ruchy w palcach tej ręki są widoczne. Grzbiet w lekkiej lordozie prawostronnej. Kończyna dolna prawa w hyperextenzji oprócz tego silna hyperfleksja plantarna stopy najsilniej występująca przy ruchach i w położeniu leżącem. Z tego wynika, że wszystkie antigrawitacyjne grupy mięśni po prawej stronie mają tonus wzmożony. Kol. Brzezicki przechodzi następnie do szczegółowego omówienia anatomji mesencephalon i fizjologji eksperymentalnej tej okolicy, której przecięcie wywołuje wymóżdżeniową sztywność (Enthirnungsstarre). Wnioskuje z tego, że to wzmożenie odruchu postawnego powstaje przez zwolnienie od wpływów hamujących okolicy mostowej i rdzenia przedłużonego, w którym jądro Daitersa gra dużą rolę. Ta wyprostna aktywność jest normalnie hamowaną przez formacje: Nucleus Ruber i drogą rubrospinalną, 2) przez drogę corticospinalną, 3) przez vermis móżdżkowy. Następnie prelegent przechodzi do omawiania fragmentarycznych stanów wymóżdżeniowych u ludzi i podaje powyższą demonstrację jako niezwykle rzadki i bardzo typowy przypadek połowicznego stanu wymóżdżeniowego.

II. przypadek to mężczyzna, żyd, lat 26. Od 21 roku życia powoli bez przyczyny ogólna dystonja kyphoskoliotyczna z charakterystycznemi zaburzeniami tonusu w mięśniach grzbietu rąk i nóg. Plikatura ciała z przodu jest tu specjalnie silnie zaznaczona. Przypadek ten należy do grupy, w której plikatury i deficyt tonusu postawnego, wprost prawdziwa hypofunkcja tego tonusu wybija się na pierwszy plan.

III. przypadek to mężczyzna lat 26, żyd, u którego od roku bez żadnych poprzedzających chorób wystąpiła dystonja o typie dysbasia lordotica Zielen Oppenheima. Lordoza przy chodzeniu nasila się wprost niebywale. Ten przypadek możnaby zaliczyć również do plikatur ciała, jednak ta silna lordoza podobna do opisthonus skłonić raczej może do widzenia w tym przypadku także pewnych fragmentów wymóżdżeniowych. Przypadek ten stoi jednakże między wyżej wymienionemi grupami dystonji. Na zakończenie podnosi kol. Brzezicki, że jedne spasmy torsyjne prezentują się nam pod formą ułożeń reflektorycznych w extenzji, w których mięśnie antigrawitacyjne są w napięciu. Te dystonje uważać musimy za formy wymóżdżeniowe, powstałe wskutek hyperfunkcji tonicznego mechanizmu postawnego. Na wprost przeciwległym biegunie stałyby stany dysbazji kyphoskoliotycznych, które powstają przez plikaturę ciała, a więc przez deficyt przez hypofunkcję odruchu postawnego. Między temi dwoma grupami stałyby przypadki raz bardziej podobne do jednej grupy, raz do drugiej, ewentualnie mające wspólne cechy obu grup. Przypadki dystonji wymóżdżeniowej, które są niezmiernie rzadkie, mają kapitalne znaczenie w stadjum mechanizmu postawnego, ponieważ nasze wiadomości tak eksperymentalne, jak i anatomo-patologiczne stanów wymóżdżeniowych są już dość dokładne. (Autoreferat).

W dyskusji zabierają głos: Doc. Zieliński, kol. Brzezicki, Doc. Zieliński, kol. Godłowski.

Posiedzenie z dnia 6. III. 1929.

Przewodniczący precz prof. Latkowski. Obecnych 60.

Przyjęto nowego członka kol. Czapińskiego.

Kol. Szczeklik przedstawia 3 przypadki cukrzycy leczone w II. klinice wewnętrznej dietą Porgesa; przyczem omawia ten sposób leczenia, jego zalety i wady.

W dyskusji zabiera głos prof. Tempka, który podkreśla różnice między dietą Porgesa a dietą Pétrena: prof. Tempka sądzi, że dietę Porgesa należałoby zastosować u chorych na cukrzycę od razu po objęciu leczenia, a nie po odcukrzeniu ich innemi metodami, by w ten sposób można było przekonać się o skuteczności tej diety. Kol. Boczar skierowuje zapytanie co do przypadku 3-go, przedstawionego przez kol. Szczeklika. Prof. Latkowski uważa, że dotychczasowe leczenie cukrzycy polegające na oszczędzaniu aparatu wysepkowego w trzustce było słusznem, a że dieta Porgesa jest zupełnem przeciwieństwem tej zasady. Cukrzyca nie jest terenem, na którem możnaby próbować ćwiczenia trzustki. Spostrzeżenia dotychczasowe są skąpe, by można wypowiedzieć ostateczny sąd o diecie Porgesa. Kol. Szczeklik podkreśla raz jeszcze zasadniczą różnicę między dotychczasowem postępowaniem w leczeniu dietetycznem cukrzycy a postępowaniem Porgesa. Podczas gdy w dotychczasowych szematach dietetycznych ograniczano wybitnie białko i węglowodany celem oszczędzenia trzustki, to Porges postępuje odwrotnie w myśl swej zasady ćwiczenia trzustki. Prawdopodobnie dobre wyniki Porgesa polegają między innemi na równoczesnem podawaniu dużych ilości insuliny. Być może, że dietę Porgesa da się zastosować w niektórych przypadkach cukrzycy, które nie są uczulone na białko. Kol. Boczar wskazuje na wartość pracy fizycznej w cukrzycy i cytuje odpowiedni przykład. Prof. Tempka wypowiada się, że w przypadkach lekkich cukrzycy praca fizyczna dobrze wpływa na przemianę cukrową. Kol. Dziuba przedstawia z II. kliniki wewnętrznej przypadek anaemia aplastica i omawia dokładnie leczenie polegające na parokrotnych transfuzjach krwi.

W dyskusji zabiera głos prof. Tempka, który stwierdza, że leczenie anemji plastycznej jest jak dotychczas bardzo niewdzięczne. Kol. Boczar nawiązując do tego, że anemja wystąpiła w przypadku tym po salwarsanie zwraca uwagę na sposób rozpoznania zepsutych neosalwarsanów. Kol. Horowitzówna uważa że novarsenobenzol Spiessa nie ustępuje zupełnie preparatom zagranicznym, niemieckim.

Kol. Braun przedstawia z I kliniki wewnętrznej 2 przypadki żółtaczki (icterus haemolyticus i icterus menstrualis).

W dyskusji kol. Bannet zapytuje czy w przypadku I było zbadane dno oka, gdyż w czaszkach wieżowych występuje zanik n. wzrokowego. Kol. Rubinstein przedstawia z odziału V szpitala św. Łazarza 2 przypadki tuberkulidów. Kol. Niewola przedstawia ze Szkoły Położnych chorą L. 23 niezamężną z okolic Kalwarji, która z powodu niepojawienia się perjodu udała się o poradę do zawodowej spędzaczki płodów. O rodzaju zabiegu, którego u niej dokonano chora nie umie powiedzieć, pamięta jedynie, że w czasie zabiegu uczuła ból w pachwinie prawej. Po zgłoszeniu się chorej do Szkoły Położnych stwierdzono u chorej ciążę 10-cio tygodniową, zgrubienie w pachwinie prawej (bolesne), stany podgorączkowe. Badanie roentgenologiczne wykazało na talerzu biodrowym prawym na wysokości kości udowej ciało obce, prawdopodobnie igła, zwrócowa ostrym końcem ku dołowi. Nie ulega wątpliwości, że przedmiot ten został wbity w pachwinę (autoreferat).

Posiedzenie z dnia 13. III. 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Prezes wita kurs lekarzy przybyłych na posiedzenie, oraz przemawia w sprawie zapisywania się na członków Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Przyjęto nowego członka kol. Kossowskiego.

Odczyt Prof. Latkowskiego p. t.: *„Z klinicznych badań nad gruźlicą"*.

W dyskusji Prof. Lewkowicz: Działanie jadów gruźliczych jest ważnem w gruźlicy. Pojawienie się np. pryszczyków na spojówce gałki ocznej należy odnieść do jadów gruźliczych. Tak np. rumień powstający na kończynach zależeć może od jadów gruźliczych. Stąd szybki rozwój i cofanie się tych spraw. Co do pneumonia massiva, to Sluka mówi o charakterystycznym wyglądzie trójkąta. Nacieki te mogą zajmować całe płaty lub płuco; mogą się cofać lub ulec stwardnieniu. Następnie Prof. Lewkowicz rozpatruje jeden przypadek przytoczony przez Prof. Latkowskiego, w którym istniejące na zdjęciu ognisko uważa za ognisko pierwotne. Zauważa, że inne jest zachowanie się ustroju dziecięcego jeśli chodzi o gruźlicę, lecz tu przychodzi najpierw do zakażenia i stąd może inna reakcja. W Norwegji np. u ludzi młodych we wojsku spotyka się również podobne sposoby szerzenia się gruźlicy jak u dzieci. Prof. Latkowski w odpowiedzi przemawia w sprawie ognisk Sluki i wskazuje odpowiednie roentgenogramy. Zauważa, że o dziecięcych postaciach gruźlicy nie mówił gdyż zajmował się w odczycie gruźlicą od 15 roku życia. U starszych gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu wywierają duży wpływ na sprawę gruźliczą, gdyż w wieku pokwitania szerzy się gruźlica płuc. Co do przypadku w którym prof. Lewkowicz chce widzieć ognisko pierwotne nie zgadza się prelegent, gdyż u chorej tej są zmiany w postaci zwapnień, które świadczą o tem, że poprzednio chora ta przeszła już infekcję. Przyjąć tu należy, że jest to ognisko wtórne powstałe drogą krwi lub jako ognisko superinfekcyjne. Następnie wygląd tego ogniska i brak udziału gruczołów nie przemawia za tem, by to miało być ognisko pierwotne.

Prof. Lewkowicz sądzi, że tej kwestji ogniska pierwotnego nie da się tu rozstrzygnąć, gdyż czasem i anatomicznie trudno to rozpoznać. Ognisko pierwotne opisał pierwszy w r. 1888 Francuz Kuess a dopiero potem autorzy niemieccy, którzy nazywają je ogniskiem Ghona. Prof. Latkowski omawia sprawę ognisk pierwotnych i dodaje, że ogniska pierwotne mogą niekiedy występować wielokrotnie, a następnie uzasadnia jeszcze raz swe stanowisko, dlaczego w przypadku przez siebie przytoczonym nie może przyjąć, że ognisko na zdjęciu roentgenologicznem istniejące jest ogniskiem pierwotnem.

Posiedzenie z dnia 20. III. 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski

Wybrano nowych członków Kol. Lindemana, Goldmanową, Rittera.

Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne ku czci zmarłego członka Krak. Tow. Lek. ś. p. kol. Wielskiego.

Kol. Szantroch przedstawia przypadek kamienia tkwiącego w ductus hepaticus.

Kol. Z. Zakrzewski przedstawia technikę hodowania tkanek poza ustrojem. Mówi o warunkach w jakich możliwem jest hodowanie tkanek, a więc o koniecznej w środowisku hodowlanem substancji podporowej, pożywce i aktywatorach wzrostu, o usuwaniu z hodowli szkodliwych produktów przemiany materji, wreszcie o tem, jakie tkanki da się hodować.

W dalszym ciągu wylicza dziedziny, w których hodowanie tkanek poza ustrojem dało pewne wyniki, a więc cytologja, fizjologja i patologja, wymieniając zagadnienia które opracowywano.

Wreszcie wylicza zagadnienia, do badania których, technika hodowania tkanek szczególnie się nadaje, a więc sprawa różnicowania się tkanek, moc prospektywna tkanek zwierząt ssących, regeneracja, sprawy zapalne i nowotworowe.

W dyskusji Prof. Klecki: Początek powstawania komórek ma jeszcze duże wątpliwości. Od 90 lat istnieje pojęcie komórek. Omnis cellula e cellula. A jednak krwinka czerwona żyje choć niejest komórką. Jest masa innych wskazówek, że życie nie koniecz nie musi być związane z tem co jest komórką. Istnieją plasmodja które żyją a które nie są komórkami. Grawitz już wystąpił z teorją śpiących komórek (wyłanianie się elementów komórkowych z masy komórkowej). A teraz niewidzialne zarazki; niewidzialne postacie znanych bakterji? Dzisiaj jest już poważna literatura, która tą sprawę rozpatruje. To są problemy, nad którymi do porządku dziennego przejść nie można. Nad badaniem tego problemu potrzeba będzie metod, które będą nam mogły to rozstrzygnąć. Dotychczas badano tkanki zabite. Na początku badano też zażyciowo komórki. Zapomocą tej metody hodowli tkanek będzie można może rozstrzygnąć problem który prof. Klecki starał się naszkicować.

Dr. Doc. Hiller zwrócił w dyskusji uwagę, że nie należy spodziewać się po technice hodowania tkanek embrjonalnych in vitro możliwości gruntownego zbadania mocy twórczej i znaczenia prospektywnego tych tkanek, ponieważ warunki w jakich te tkanki się rozwijają w kulturze in vitro, nie pozwalają na całkowity rozwój i zobrazowanie tych właściwości tkanek zarodkowych. Istnieją i inne metody hodowania tkanek poza ustrojem macierzystym, lepiej nadające się do powyższych badań, a mianowicie przeszczepianie ich na osobniki, których komórki różnią się zabarwieniem od komórek transplantatu, oraz na zarodki zwierząt należących do innego gatunku (szkoła Spemana); pozatem tkanki zarodka kurczęcia można hodować w płynie allantoidalnym allantois rozwijającego się zarodka kurczęcia (Hoadley). Te metody dają komórkom przeszczepionym lepsze stosunkowo warunki rozwoju niż kultura in vitro i stwarzają większe możliwości badania mocy twórczej i znaczenia prospektywnego tkanek zarodkowych.

W dyskusji w odpowiedzi doc. Hillerowi, Z. Zakrzewski zanacza, że i w hodowli tkanek metodą Harrisona, Burrowa, Carrela, można obserwować różnicowanie się komórek. Przytacza badania Ebelinga, M. Fischera i Maksimowa, w których różnicowały się zarówno niezróżnicowany nabłonek, pochodzący z tarczycy lub też naskórka płodowego, w pierwszym wypadku na typowy nabłonek wydzielający koloid, w drugim na nabłonek zrogowaciały, jakoteż i białe elementy krwi, jużto na fibroblasty, które wytwarzały w hodowli włókna łącznotkankowe, jużto w obecności w hodowli prątków gruźliczych typowe komórki gruzełka.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dnia 4 b. m. poświęcone zostało Ambulatorjum Kasy Chorych m. Warszawy przy ul. Wolskiej Nr. 54. Okazały ten 3 piętrowy gmach, wybudowany kosztem 3½ miljona złotych, mieści w sobie wszystko, czego od instytucji tego rodzaju wymagać można. A więc, prócz siedemdziesięciu kilku gabinetów, w których jednocześnie przyjmować może tyluż lekarzy, znajdujemy tu doskonale, a nawet z przepychem urządzoną hidro- mechano- i fototerapję oraz wielką pływalnię z ciągłym odpływem i przypływem świeżej wody chlorowanej. Przed wejściem do basenu mająca z niego korzystać publiczność myje się gruntownie w urządzonych po bokach umywalniach. W korytarzach i obszernych poczekalniach ustawione są spluwaczki na odpowiedniej wysokości. Szczególnie bogato urządzony jest dział dentystyki, rozporządzający 10 gabinetami. — Dzielnicy Wolskiej przybyła przeto instytucja pierwszorzędnego znaczenia, w której 3000 ubezpieczonych może codziennie znaleść skuteczną pomoc lekarską.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne. Na walnem zebraniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego w dniu 22. V. dokonano wyborów na miejsce ustępujących członków Zarządu. Wybrano: Kol. Róbina i Wejnerta ponownie, oraz Józefa Czarkowskiego i Justmana.

W trzecim dniu międzynarodowego kongresu chirurgów — obrady rozpoczęły się plenarnem posiedzeniem, poświęconym sprawom administracyjnym. W posiedzeniu tem wzięli udział tylko członkowie międzynarodowego Towarzystwa chirurgów. Zebranie rozpoczęło się od odczytania przez sekretarza generalnego p. Meyra sprawozdania, poczem skarbnik p. Lorthoir odczytał raport finansowych spraw towarzystwa.

Po odczytaniu korespondencji, zebrani przystąpili do rozstrzygnięcia sprawy języków, dopuszczonych na obradach kongresu. Do pięciu dotychczas dopuszczalnych języków, a to: francuskiego, angielskiego, włoskiego, niemieckiego i hiszpańskiego, postanowiono włączyć język polski, jako reprezentujący grupę języków słowiańskich.

Dalej ustalono, że następny kongres międzynarodowego Towarzystwa chirurgów odbędzie się w Hiszpanji w r. 1932 w Madrycie lub Barcelonie.

W dalszym ciągu dokonano wyboru sekretarza zjazdu i władz całego biura Towarzystwa. Na prezesa biura wybrano ponownie p. Willemsa a na zastępcę powołano p. de Quervain'a, na skarbnika p. Lorthoir (juniora).

W zakończeniu zebranie zatwierdziło listę poszczególnych komitetów narodowych. Z Polski wybrano na delegata prof. Jurasza z Poznania, na członków Dr. Sławińskiego z Warszawy i prof. Ostrowskiego ze Lwowa.

Zatwierdzono dalej liczbę nowych członków, przyznając Polsce 65 zamiast dotychczasowych 45.

Prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej ukonstytuowało się następująco: Przewodniczący — Dr. Hubicki. Zastępcy przewodniczącego — Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski i Docent Dr. Czarnocski. Pisarz — Dr. Huszcza, zastępca Pisarza — Dr. Kołodziejski.

Posiedzenie Seksji Otolaryngologicznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbywać się będzie w lokalu Kliniki Otolaryng. Uniwersytetu Stefana Batorego (na Antokolu). Z rana do godz. 12-tej odbywać się będą posiedzenia ogólne Zjazdu bez dyskusji, na których będą wygłoszone odczyty.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przeznaczyło 2 stypendja w wysokości około 350 zł miesięcznie dla lekarzy, pragnących zapisać się na 9-cio miesięczny kurs higjeny publicznej w Państwowej Szkole Higjeny, od 2 września 1929 r. do 31 maja 1930 r.
Kandydaci winni posiadać prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, mieć uregulowany stosunek do wojskowości i złożyć zobowiązanie odbycia na żądanie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej conajmniej dwuletniej służby w inspekcji pracy na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej. Stypendziści mają prawo korzystania z bursy Szkoły. Zgłoszenia przyjmuje sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do 1-go sierpnia 1929 r.

Lwów.

Nowe Sanatorjum położniczo-ginekologiczne „Vita" otwarto we Lwowie przy ul. 29-go Listopada l. 22. Sanatorjum to mieści się w trzypiętrowym gmachu i urządzone jest z luksusowym komfortem (centralne ogrzewanie, bieżąca ciepła i zimna woda w każdym pokoju, elektryczna winda dla chorych i t. p.), posiada dwie sale operacyjne, salę porodową oraz stację dla niemowląt. Pokoje oddzielne i dwuosobowe, wszystkie słoneczne. Chorzy mają sposobność rekreacji w pięknym ogrodzie i na słonecznych balkonach.

Poznań.

IV Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych odbędzie się w dniach 8, 9 i 10 września r. b. w Poznaniu.

Wilno.

Komunikat Zjazdowy. W dniach 26—29 września r. b. odbędzie się w Wilnie Zjazd Okulistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.
Tematy główne:
1) Hidrostatyka i Hidrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowo-rdzeniowej.
Referuje Prof. Dr. K. Noiszewski.
2) Operacyjne leczenie jaskry przewlekłej.
Referuje Prof. Dr. J. Szymański.
Zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe, proszę o zgłaszanie tematów wykładów i referatów wraz z streszczeniem pod adresem Kliniki Ocznej U. S. B. Wilno — (Antokol) do dnia 15 września 1929.

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich, mającego się odbyć w dniach 26—29 września w Wilnie, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, powiadamia niniejszym, iż do dnia 26 lipca (prekluzyjnego terminu składania na Zjazd tematów wraz ze streszczeniami) zgłoszone zostały następujące referaty: Z Krakowa z I-ej kliniki wewnętrznej:
Prof. Dr. T. Tempka i Dr. B. Braun: Wpływ djety wątrobowej na czynniki natury hemolitycznej w przebiegu niedokrwistości wogóle a zwłaszcza złośliwej.
Dr. A. Sokołowski: Metodyka badania ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych i jej krytyka.
Z kliniki medycznej:
Prof. Dr. J. Latkowski: Nowsze badania kliniczne nad gruźlicą płuc.
Doc. Dr. F. Siedlecki: 1) Zmiany we krwi pod wpływem histaminy. — 2) Anaemia aplastica.
Dr. St. Dziuba: O leczeniu djetetycznem gruźlicy.
Dr. E. Szczeklik: O zawartości cukru we krwi u chorych allergicznych.
Dr. C. Bincer: O wpływie adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego.

Ze Lwowa: Z Oddziału chor. wewn. I Państwowego Szpitala Powszechnego:
Prym. Doc. Dr. W. Czernecki: W sprawie leczenia marskości przerostowej wątroby. — Dr. N. Meller: Sprawozdanie z przypadku za życia rozpoznanej „histiocytomatozy". — Dr. K. Kuhl: Uleczony przypadek skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi po wycięciu śledziony. — Dr. W. Elmer i M. Szeps: 1) Badania porównawcze nad próbą z galaktozą, lewulozą i tetrachlorphenolftaleiną w schorzeniach wątroby. — 2) Dalsze badania nad działaniem parathormonu w tężyczce pooperacyjnej. — 3) W sprawie zespołu „Christiana".
Dr. Z. Danielski: Anoxaemia, jej przyczyny i skutki. Odnośne wnioski w medycynie praktycznej. — Dr. K. Wernicki: 1) Przyczynek do metodyki czynnościowego badania sprawności mięśnia sercowego i jej zastosowanie przy kontroli wpływu ćwiczeń na sprawność serca. — 2) Pantensiobolometr.
Z Łodzi: Dr. S. Sterling: 1) Gruźlica płuc a suchoty płucne. — 2) Wytyczne publicznego lecznictwa suchot płucnych (dorosłych).
Z Oddziału wewn. szpitala fundacji Poznańskich:
Dr. H. Kryszek: Wartość rokownicza odczynu poadrenalinowego. — Dr. H. Kryszek i P. Wołożyńska: Ciśnienie żylne a tętnicze. — Dr. P. Wołożyńska: Napięcie powierzchowne surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych. — Dr. M. Kocen i L. Szyfman: Późne wyniki wycięcia śledziony w 4 przypadkach t. zw. thrombopenia essentialis. — Dr. E. Reiterowski i M. Kocen: O wartości prognostycznej określania stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych. — Dr. L. Szyfman, J. Wajnsztok i M. Kocen: O zachowaniu się kwasu moczowego we krwi u chorych na gruźlicę płucną.
Z Oddziałów wewn. szpit. powszechn. na Radogoszczu i szpit. fund. Poznańskich: Dr. J. Itelson i M. Kocen: Badania nad zachowaniem się wzoru białych ciałek krwi pod wpływem bodźców fizjologicznych i nieswoistych ze szczególnem uwzględnieniem jego w przebiegu suchot płucnych.
Z Otwocka: Dr. G. Kramer: O profilaktyce i leczeniu szczepionkowem kamicy żółciowej i zapalenia wyrostka robaczkowego.
Z Poznania: Z I-ej kliniki wewn. U. P. i z oddziału wewn. 7 szpit. okręgowego. Dr. T. Kucharski: W sprawie mechanizmu działania wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na wydzielanie moczu.
Z Zakładu Chemji Lekarskiej U. P. i z oddziału wewn. 7 szpit. okręgowego: Dr. T. Kucharski i W. Łapa: Przemiana węglowodanów u chorych na żółtaczkę nieżytową w spoczynku po podaniu glukozy i po wysiłku fizycznym.
Z II-giej kliniki wewnętrznej U. P. Doc. F. Łabendziński: Badania nad objawami osłuchowemi w metodzie Korotkowa. — Dr. A. K. Werner: Podstawowa przemiana gazów w gruźlicy płuc w przypadkach odmy sztucznej. — Dr. R. Płotkiewiczówna: O przemianie materji w przebiegu niedokrwistości złośliwej. — Dr. W. Sterkowska: Wczesne rozpoznanie raka metodami Abderhaldena.
Z Oddziału wewnętrznego 7 szpitala okręgowego: Dr. T. Kucharski: Przemiana wodna u chorych na żółtaczkę nieżytową.
Z Warszawy: Z I-ej kliniki wewnętrznej U. W. Prof. dr. E. Żebrowski: Próba klasyfikacji chorób wątroby. — Prof. dr. E. Żebrowski i dr. E. Bratkowski: O zachowaniu się ślepej kiszki w chorobach wątroby. — Prof. dr. E. Żebrowski i dr. E. Bratkowski: W sprawie pomiarów wątroby w klinice. — Dr. K. Gerner: Próby czynnościowe układu roślinnego żołądka. — Dr. M. Grycewicz: Badania nad zachowaniem się aminokwasów we krwi ludzi zdrowych i chorych. — Dr. J. Grott: 1) W sprawie wczesnego rozpoznawania cukrzycy utajonej; 2) Znaczenie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą dla rozpoznawania i leczenia cukrzycy. — Dr. J. Grott i M. Petrynowski: Salwarsan w leczeniu zakażenia dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowem. — Dr. J. Grott i J. Trzebiński: Insulina w leczeniu chorych niecukrzycowych.
Z II-ej kliniki wewnętrznej U. W. Dr. E. Apfelbaum: Odczyn ustroju na bodźce alkaliczne w chorobach wątroby. — Dr. L. Blacher: W sprawie znaczenia dla kliniki liczby płytek we krwi oraz poziomu wskaźnika płytkowego. — Dr. A. Fidler: 1) W sprawie całkowitej blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego; 2) Wpływ hormonów na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Doniesienie I.: insulina i pituitryna. 3) Wartość praktyczna oznaczania ciśnienia tętna w tętnicy ramieniowej oraz wskaźnika naczyniowego z uwzględnieniem działania na naczynia krwionośne atropiny i adrenaliny. 4) O wpływie leków nasercowych zwłaszcza koraminy, kardjazolu i kofeiny na ciśnienie tętnicze krwi. — Dr. St. Hrom i J. Roguski: Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w bakterjemji doświadczalnej. — Dr. E. Rejcher: Serce a praca fizyczna. — Dr. E. Rejcher. O hipotonji sportowej. — Dr. E. Rejcher: Badania dynamiczne i energetyczne u chorych sercowych. —

Dr. J. Węgierko: 1) Wpływ podanego doustnie tłuszczu i białka na zachowanie się krzywej hiperglikemicznej po cukrze gronowym u chorych na cukrzycę. 2) Kilka uwag dotyczących przemiany wodnej i zachowanie się cukru we krwi u chorych na cukrzycę w trakcie leczenia insuliną. 3) Wartość lecznicza diety Porgesa w cukrzycy. — Dr. S. Złotkin: Wartość kliniczna badania treści żołądkowej metodą Cytronberga.

Ponadto z oddziału przemiany materji tejże kliniki zgłoszono 4 referaty na temat ogólny: „Przetwarzanie cukrów prostych, wprowadzonych dożylnie", mianowicie: Dr. W. Pieskow: Cukry proste we krwi. — Dr. E. Owsiany: Prędkość przyswajania, obrót fosforem i gospodarka wodna. — Dr. M. Łaniewski: Tworzenie kwasu mlecznego. — Dr. M. Wierzuchowski: Utlenianie i swoistodynamiczny przyrost cieplny.

Z I oddziału wewnętrz. szpit. Wolskiego: Dr. A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi zasadowo-kwasowej. — Dr. A. Landau i J. Glass: Badania nad związkiem wzajemnym zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju. — Dr. A. Landau i J. Glass: O niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia (endocarditis lenta). — Dr. A. Landau i J. Glass: O bezsoku żołądkowo-trzustkowym (achylia gastropancreatica). — Dr. A. Landau, B. Glass i J. Bauer: O zaburzeniach trawiennych ze strony żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego. — Dr. A. Landau, M. Fejgin i I. Bayless: O glykoregulacji, zależności jej od układu roślinnego oraz o wpływie na nią środków wegetatywnych. — Dr. A. Landau, M. Fejglin i B. Jochweds: Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany prawostronnym zespołem Hornera wraz z pokazem krzywych sfigmophlebograficznych i elektrograficznych. — Dr. A. Landau, J. Glass, St. Kaminer i S. Lilienfeld-Krzewski: O cukrzycy powikłanej wolem gruczolakowatem jadowitem. — Dr. A. Landau, M. Fejgin i M. Temkinówna: O cukrzycy powikłanej zwyrodnieniem tłuszczowo-płciowem. — Dr. A. Landau, M. Fejgin i B. Jochweds: O stosowaniu masywnych dawek insuliny w przypadku cukrzycy powikłanej posuniętą gruźlicą płuc, w której zastosowana była również odma sztuczna. — Dr. A. Landau, B. Glass i M. Fejgin: Przypadek cukrzycy powikłanej zgorzelą płuc, skutecznie leczonej za pomocą insuliny i odmy sztucznej.

Z Oddziału chor. wewn. szpit. św. Łazarza: Dr. N. Pryłucki: O wartości klinicznej próby z Czerwienią Kongo dla wczesnego rozpoznawania skrobiawicy. — Dr. J. Muszkatenblit: O nadciśnieniu tętniczem napadowem.

Z Oddziału wewn. szpit. Dzieciątka Jezus: Dr. A. M. Kapłan: O znaczeniu klinicznem nadciśnienia.

Z Państwowego Zakładu Higjeny i Oddziału III. B. chorób wewn. szpit. Dzieciątka Jezus: Dr. J. Landsberger: Dopełniacz jako wyraz stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego. — Doc. S. Sterling-Okuniewski: 1) Słów kilka o znaczeniu dla kliniki ciśnienia rozkurczowego. 2) Przyczynek do leczenia nadciśnienia samoistnego diatermią. — Dr. L. R. Sobieszczański: O leczeniu głodzeniem. — Dr. H. Higier: Nerwice ogólne i nerwice narządowe w medycynie wewnętrznej ze stanowiska neurologa.

Z Wilna: Z II-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.: Dr. J. Klukowski: Wyniki badań metodą interferometryczną stanu gruczołów dokrewnych w nadciśnieniu tętniczem.

Ponadto z Łódzkiego Towarzystwa zwalczania raka Dr. R. Kalecka zgosiła wykład pod tytułem „Wahania poziomu cholesteryny we krwi u chorych na raka" (bez streszczenia).

Z kraju.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy urządza w dniach 4-tym, 5-tym i 6-tym stycznia 1930 roku III Zjazd lekarski. Głównemi tematami będą: przemiana materji i wewnętrzne wydzielanie.

W czasie obrad zjazdu odbędą się w Krynicy: międzynarodowe zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie, i popisy w jeździe sztucznej na lodzie.

Program szczegółowy zjazdu niebawem zostanie ogłoszony. Informacyj udziela, zgłoszenia uczestnictwa i zgłoszenia odczytów przyjmuje sekretarz generalny zjazdu: Dr. Witold Skórczewski. Krynica.

Ze świata.

XIII Międzynarodowy Zjazd Okulistyczny odbędzie się w Amsterdamie i Hadze w dniach 5 — 13 września 1929 r. Tematy programowe Zjazdu: 1) Międzynarodowe ujednostajnienie ostrości wzroku, pola widzenia, osi szkieł walcowatych i odczuwania światła, 2) Międzynarodowe uregulowanie przepisów do badania wzroku marynarzy, mechaników, szoferów i lotników, 3) Międzynarodowe ujednostajnienie nauczania okulistyki przyszłych lekarzy wogóle i lekarzy okulistów w szczególności.

Udział w Zjeździe należy zgłaszać, przekazując jednocześnie 25 flor. holend. pod adresem p. H. Roelofu, dyrektor Incassobank, Heerengracht 53, Amsterdam (giro 8074).

Referaty i wykłady należy skierowywać do Sekretarjatu Zjazdu (Wilhelminagasthais Amsterdam).

XXVII Zjazd Italski Ginekologów w Rzymie, który miał miejsce w kwietniu r. b. pod przewodnictwem prof. Pestalloza rozważał w swych tematach programowych: 1) Zastosowanie radjoterapji w ginekologji i 2) Sprawę gruźlicy i ciąży.

Zjazd Towarzystwa Lekarzy chorób przewodu pokarmowego oraz przemiany materji odbędzie się w Berlinie w dniach od 16 do 18 października 1929. Przewodniczący v. Haberer. Porządek dzienny: 16. X. 1) Krytyka leczenia lekami w chorobach przewodu pokarmowego; 2) Kurcz wpustu; 3) Kurcz odźwiernika. — 17. X. Wychudzenie i otyłość pochodzenia wewnętrznego (endogennego). — 18. X. Nowsze poglądy na schorzenia wątroby z punktu widzenia wewnętrznego i chirurgicznego.

Trzecia wycieczka naukowa lekarzy austrjackich odbędzie się w roku bieżącym w czasie od 1 do 15 września. Proponowane jest zwiedzenie Styrji, Karyntji, Salckamergutu, Austrji górnej i dolnej. Podróż odbywać się będzie w wygodnych, eleganckich autobusach. Koszt wycieczki — jazda, hotele, utrzymanie (bez napojów), bagażowe, napiwki — wynosi 450 szylingów austrjackich. Przy zapisaniu się należy złożyć 30 szylingów. Liczba uczestników nie może przekroczyć 95. Dopuszczalny jest udział członków rodziny powyżej 17 lat. Koledzy cudzoziemcy będą mile widziani. Informacyj udziela i zapisy przyjmuje biuro: Studienreise österreichischer Aerzte, Wien 1, Börsegasse 1.

Nagrodę w wysokości 100.000 franków przeznacza Guy Amerongen za pracę, mającą wykazać zupełnie jasno, czy konserwy lub chemicznie sporządzone środki spożywcze mają wpływ na powstawanie raka, czy nie. Nagroda przyznana będzie przez jury międzynarodowe. Rękopisy mają być nadsyłane corocznie przed 1 października pod adresem: Ligue française contre le Cancer.

Komitet Higjeny Ligi Narodów na posiedzeniu w dniu 8 maja 1929 r. przyjął zaproponowaną przez wiceprezesa Komitetu dra W. Chodźkę rezolucję treści następującej: Wobec konieczności rozciągnięcia kontroli nad przetworami, wypuszczanemi do obiegu handlowego jako zawierającemi witaminy, których ilość w wielu krajach nieustannie rośnie, Komitet Higjeny wzywa swoją Komisję do standardyzacji surowic i produktów biologicznych do zbadania możliwości wypracowania jednolitych metod badania wyżej wymienionych przetworów oraz prosi Dyrektora Lekarskiego Sekcji Higjeny Ligi Narodów o zebranie informacji co do zarządzeń, wydawanych przez poszczególne administracje sanitarne celem tępienia nadużyć, do których można dać sposobność handel temiż przetworami. Do opracowania metod badania przetworów witaminowych przystąpiła już Państwowa Szkoła Higjeny w Warszawie, a mianowicie jej oddział biochemiczny, pozostający pod kierunkiem doc. inż. E. Lelesza.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu (Palestyny) i do Indji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) wybierają się lekarze austrjaccy 12 grudnia 1929 do Egiptu. Uczestnicy wycieczki zobaczą zakłady lecznicze i zabytki sztuki w Kairze i okolicy. Dalszy plan wycieczki: Jedna część uczestników może pozostać w Egipcie i pojedzie do Luxor i Assuan, a druga część wyjedzie 25 grudnia z Port Said do Indyj, a mianowicie do Karachi. Lahore, Delhi, Jajpur, Agra, Bombay i oglądną szpitale: Lady Dufferins Hospital w Karach, Lady Hardings Medical College and Hospital w Delhi, Eye Hospital w Agra i Arthur Road Hospital w Bombay.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11. I. Stock, Tür 6.